PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI,
ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH
ZAGRANICZNYCH

CZASOWO ORGAN IZB LEKARSKICH W KRAKOWIE I WE LWOWIE

O R A Z

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH
B. KONGRESÓWKI

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

TOM LIX — 1920.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1920.

SPIS RZECZY

(Liczby oznaczają stronice. Liczba pochyła oznacza artykul oryginalny).

I. Artykuły oryginalne.

II. Dział sprawozdawczy.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

SPIS AUTORÓW.

(Ciąg dalszy na stronie inseratowej).

Nr 1. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KR. NIERESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobny kosztuje 5 K = Marek 3·50.

1920 Rok LIX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O durze plamistym (II).

(Ciśnienie w kanale kręgowym; zmiany cytologiczne i chemiczne w płynic mózgowo-rdzeniowym u chorych na dur plamisty; porównawcze badanie u chorych na dur brzuszny; nakłucie lędźwiowe w leczeniu duru plamistego).

Podali

Prymaryusz **Dr J. Kostrzewski** i stud. med. **H. Smreczyńska**.

(Z Oddziału chorób zakaźnych Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie).

Badania z lat ostatnich przekonały o występowaniu zmian zapalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu duru plamistego. Główną uwagę zwrócono na własności cytologiczne i serologiczne płynu.

Nasze badania płynu mózgowo-rdzeniowego wykonaliśmy u 51 chorych na dur plamisty i u 25 wyzdrowieńców z duru plamistego; (podane liczby obejmują między innemi 10 osób takich, u których płyny badano zarówno podczas gorączki, jak i po gorączce). Okres zdrowienia liczymy od pierwszego dnia bezgorączkowego; pierwszy dzień wolny od gorączki służy za podstawę w określaniu czasu, w jakim przedsiębrano badania; w ten sposób licząc, nie uwzględnia się wywiadów, a skutkiem tego określenie dnia choroby jest zupełnie dokładne.

Badania przeprowadzaliśmy w następujących warunkach: Ciśnienie w kanale kręgowym mierzono zawsze w ułożeniu poziomem chorych; począwszy od 12 mm Hg uważano ciśnienie za wzmożone. Ilość ciałek w płynie mózgowordzeniowym obliczano według ogólnie przyjętych zasad. Jako górną granicę prawidłowych stosunków liczono 5 ciałek w 1 mm³. Osad po odwirowaniu płynu mózgowordzeniowego barwiono błękitem toluidynowym; komórki w osadzie dzielono na »ciałka białe« jednojądrzaste (krwinki białe jednojądrzaste i nabłonki) i krwinki wielojądrzaste. Globuliny oznaczano ilościowo, mianem najsilniejszego rozcieńczenia płynu mózgowordzeniowego, które po dodaniu równej ilości nasyconego siarkanu amonowego okazywało wyraźne opalizujące zmętnienie. Płyn mózgowordzeniowy rozcieńczano przy pomocy fizyologicznego rozczynu Na Cl. Siarkan amonowy nasycony w ciepłocie wrzenia, przy oznaczaniu globulin miał ciepłotę pokojową. Zmętnienie, powstałe po dodaniu siarkanu amonowego, odczytywano po upływie 10 minut, oglądając probówkę pod światło na czarnem tle. Tylko te płyny mózgowordzeniowe, które w rozcieńczeniu conajmniej 1:10 [nie licząc dodanej ilości nasyconego $(NH_4)_2SO_4$] okazywały opalizujące zmętnienie, uważano za zawierające zwiększoną ilość globulin. Białko oznaczano sposobem Stolnikowa; począwszy od 0·495% białka (rozcieńczenie płynu mózgowordzeniowego 1:15) liczyliśmy jego ilość zwiększoną w danym płynie.

Przeważna większość badań w przypadkach duru plamistego przypada na ostatnie 7 dni przed spadkiem i na pierwsze 7 dni po spadku gorączki; u chorych na dur brzuszny badania przeprowadzono głównie w drugim i trzecim tygodniu trwania choroby. Najważniejsze wyniki badań przedstawiamy w dołączonych czterech tablicach: pierwsze trzy dotyczą przypadków duru plamistego, czwarta chorych na dur brzuszny. Badania w przypadkach duru plamistego podzielono według tego, czy przeprowadzano je przed spadkiem, czy po spadku gorączki. W przebiegu duru plamistego nagół gorzej się rokuje, im silniejsze są objawy ze strony świadomości i układu nerwowego ośrodkowego, — zachodzi więc pytanie, jak się zachowuje ciśnienie w kanale kręgowym i jakie własności okazuje płyn mózgowordzeniowy w przypadkach kończących się zejściem śmiertelnem? Aby uwidocznić, czy i jaka różnica zachodzi pod tymi względami w przypadkach o przebiegu pomyślnym i niepomyślnym, zestawiono wyniki badań w przypadkach śmiertelnych osobno, zarówno w przypadkach duru plamistego, jak brzusznego.

Tablica I: Przypadki duru plamistego; badania w czasie gorączki.

	Badano	z ogólnej ilości badań przypada % na ostatnie 7 dni przed spadkiem gorączki	znaleziono stosunki wzmożone w % ogólnej ilości badań	najwyższy stopień spotkanych zmian i dzień ich stwierdzenia przed spadkiem gorączki	przed spadk. gorączki: w którym dniu stwierdzono najwcześniej zmiany	przed spadk. gorączki: w którym dniu zmian najpóźniej nie stwierdzono	przed spadk. gorączki: w którym dniu badano najwcześniej
	ciśnienie w kanale kręgowym 33 razy u 30 osób	90·9	45·4	18 mm Hg 5. dzień	10	2	10
płyn mózgowordzeniowy	»ciałka białe« 26 razy u 25 osób	88·5	92·3	146 ciałek w 1 mm³ 4. dzień	10	7	10
płyn mózgowordzeniowy	globuliny 38 razy u 34 osób	89·4	26·3	1:20 4. dzień	6	2	10
płyn mózgowordzeniowy	białko 36 razy u 32 osób	88·9	47·2	0·12% 7. dzień	7	2	10

Tablica II: Przypadki duru plamistego; badania po spadku gorączki.

	Badano	z ogólnej ilości badań przypada % na pierwsze 7 dni po spadku gorączki	znaleziono stosunki wzmożone w % ogólnej ilości badań	najwyższy stopień spotkanych zmian i dzień ich stwierdzenia po spadku gorączki	po spadku gorączki: w którym dniu stwierdzono stosunki prawidłowe najwcześniej	po spadku gorączki: w którym dniu stwierdzono zmiany najpóźniej	po spadku gorączki: w którym dniu badano najpóźniej
	ciśnienie w kanale kręgowym 26 razy u 25 osób	73	23	16 mm Hg 1. i 14. dzień	1	14	19
płyn mózgowordzeniowy	»ciałka białe« 25 razy u 23 osób	72	92	463 ciałek w 1 mm³ 2. dzień	1	19	19
płyn mózgowordzeniowy	globuliny 27 razy u 25 osób	74	55·6	1:30 1. dzień	1	7	19
płyn mózgowordzeniowy	białko 20 razy u 19 osób	70	70	0·16% 6. dzień	1	14	14

Tablica III: Przypadki duru plamistego zakończone zejściem śmiertelnem; badania w czasie gorączki.

	Badano	z ogólnej ilości badań przypada % na ostatnie 7 dni przed śmiercią	znaleziono stosunki wzmożone w % ogólnej ilości badań	najwyższy stopień spotkanych zmian i dzień ich stwierdzenia	w którym dniu przed śmiercią najpóźniej zmian nie stwierdzono
	ciśnienie w kanale kręgowym 15 razy u 13 osób	80	26·6	25 mm Hg w dniu śmierci	w dniu śmierci
płyn mózgowordzeniowy	»ciałka białe« 13 razy u 13 osób	92	84·6	69 c. w 1 mm³ 1. dzień przed śmiercią	7
płyn mózgowordzeniowy	globuliny 18 razy u 17 osób	88·9	33·3	1:20 w dniu śmierci	1. dzień przed śmiercią
płyn mózgowordzeniowy	białko 14 razy u 13 osób	92·8	50	0·16 dwa dni przed śmiercią	1. dzień przed śmiercią

Jakość krwinek w badanych osadach płynów mózgowordzeniowych, pobranych podczas gorączki, przedstawia się tak: Na dziesięć badanych osadów jeden zawierał 51%, dwa 18—20%, dwa po 8%, pięć innych po 1 lub mniej niż 1% krwinek wielojądrzastych, zresztą »ciałka białe« jednojądrzaste. Osad z płynów pobranych po spadku gorączki badano sześć razy; jeden z nich zawierał 2%, jeden 1% krwinek wielojądrzastych obok »ciałek białych« jednojądrzastych, inne płyny natomiast wyłącznie tylko »ciałka białe« jednojądrzaste.

Wyniki badań, przedstawione w tablicy I, dowodzą: W przebiegu duru plamistego spotykaliśmy wzmożone ciśnienie w kanale kręgowym często, a prawie zawsze zmiany zapalne w płynie mózgowordzeniowym. Z cech zapalnych wybija się na pierwszy plan wzmożona ilość »ciałek białych«. Na 26 w tym kierunku zbadanych płynów mózgowordzeniowych tylko w dwu płynach była zawartość »ciałek białych« w granicach prawidłowych; jeden i drugi płyn pobrano na siedem dni przed spadkiem gorączki. U jednego z tych chorych płyn, powtórnie badany 4 dni później, czyli 3 dni przed spadkiem gorączki, okazuje wzmożoną ilość »ciałek białych«, wzmożoną ilość globulin i białka, — w przeciwieństwie do prawidłowych stosunków pod tymi względami przy pierwszem badaniu. Drugi płyn, aczkolwiek miał prawidłową ilość »ciałek białych«, to jednak zawierał zwiększoną ilość białka; powtórnie płynu tego nie badano. Wzmożona ilość »ciałek białych« daje się wcześniej stwierdzić, niż inne cechy zapalne płynu mózgowordzeniowego, bo już w 10. dniu przed spadkiem gorączki (wcześniej nie badano), natomiast zwiększoną ilość globulin i białka spotyka się dopiero w 7, względnie 6. dniu przed spadkiem ciepłoty. W późniejszym okresie choroby niż 7 dni przed spadkiem ciepłoty nie było ani razu prawidłowej ilości »ciałek białych«, natomiast globuliny i białko w niezwiększonej ilości stwierdzano jeszcze w drugim dniu przed spadkiem gorączki.

Z tablicy II wynika: Po spadku gorączki spotyka się wzmożone ciśnienie w kanale kręgowym mniej często, niż w okresie gorączkowym; natomiast własności zapalne płynu mózgowordzeniowego występują wyraźniej, bo odsetek zwiększonych ilości globulin wzrasta więcej niż w dwójnasób, — odsetek zaś zwiększonych ilości białka podnosi się bardzo znacznie; (nie uwzględniam przy tem różnicy w odsetku badań przypadających na ostatnie 7 dni przed spadkiem gorączki). Również wzrasta stopień nasilenia zmian zapalnych płynu mózgowordzeniowego. Z pośród cech zapalnych utrzymuje się najdłużej wzmożona ilość »ciałek białych«; stwierdzono je jeszcze w 19. dniu po spadku gorączki (w późniejszym okresie nie badano). Prawidłowe ilości globulin i białka spotkano już w pierwszym, — prawidłowe ilości »ciałek białych« dopiero w siódmym dniu po spadku gorączki. Wyniki badań, ujęte w tablicy III, wykazują, że wzmożone ciśnienie w kanale kręgowym i wzmożoną ilość »ciałek białych« spotykaliśmy nieco rzadziej, — wzmożoną zaś ilość globulin stwierdzaliśmy nieco częściej w przypadkach duru plamistego, kończących się zejściem śmiertelnem, niż w przypadkach, kończących się wyzdrowieniem. Co do stopnia nasilenia zmian, to spotkaliśmy tylko jeden raz ciśnienie zwiększone i jeden raz białko wzmożone w wyższym stopniu, niż u chorych, którzy wyzdrowieli.

Zmiany zapalne w płynie mózgowordzeniowym w przebiegu duru plamistego są następstwem swoistego schorzenia naczyń krwionośnych opon mózgowych. Wykazano bowiem, że zmiany swoiste dla duru plamistego, opisane po raz pierwszy przez Fraenkla w skórze, występować mogą we wszystkich narządach, sadowią się zaś z wielkiem upodobaniem na dnie komory czwartej i w okolicy wodociągu Sylwiusza. W patologii duru plamistego zapalenie opon mózgowych i wysypka na skórze są sprawami co do mechanizmu powstawania równorzędnemi, bo są wyrazem tychsamych zmian anatomicznych, zachodzących w ścianach tętniczek, w pierwszym przypadku w obrębie opon mózgowych, w drugim w obrębie skóry; jednym z objawów zapalenia opon mózgowych jest zapalenie nerwu wzrokowego (neuritis optica Arnoldi).

Z tablicy IV widać, że w przebiegu duru brzusznego spotykaliśmy dość często ciśnienie w kanale kręgowym wzmożone; zwiększoną liczbę »ciałek białych« i ilości globulin stwierdziliśmy w niewielkim odsetku badanych przypadków, ani razu zaś nie spotkaliśmy wzmożonej ilości białka.

Wyniki badań u chorych na dur brzuszny, u których choroba skończyła się zejściem śmiertelnem, tak się przedstawiają: Ciśnienie w kanale kręgowym mierzono 5 razy u 5 osób; wzmożone było dwa razy (czyli w 40%). »Ciałka białe« liczono 5 razy u 5 osób, wzmożona ich ilość była dwa razy (40%); największa ilość komórek wynosiła 7 w 1 mm³. Globuliny i białko oznaczano 5 razy u 5 osób, ani razu nie stwierdzono wzmożonej ilości ani globulin ani białka.

Tablica IV: Przypadki duru brzusznego.

Badano		z ogólnej ilości badań przypada % na drugi i trzeci tydzień choroby	znaleziono stosunki wzmożone w % ogólnej ilości badań	najwyższy stopień zmian i tydzień choroby w którym je stwierdzono
ciśnienie w kanale kregowym 12 razy u 11 osób		75	33·3	20 mm Hg 2. tydzień
płyn mózgowordzeniowy	»ciałka białe« 12 razy u 11 osób	75	8·3	7 ciałek w 1 mm³ 2 tydzień
	globuliny 15 razy u 13 osób	73	6·3	1 : 10 3. tydzień
	białko 10 razy u 14 osób	75	0	—

Robiąc nakłucie lędźwiowe w przypadkach duru plamistego wypuszczano zależnie od wysokości ciśnienia w kanale kręgowym, 10—20, a czasem i więcej cm³ płynu mózgowordzeniowego. Po wypuszczeniu płynu często, jednak nie zawsze, chorzy podnieceni uspokajali się, rzadziej trwale, przeważnie na krótki czas. Innego wpływu wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego na przebieg choroby nie miało; skuteczniejsze było wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego u ozdrowieńców, skarżących się na ból głowy i szum w uszach.

Streszczenie.

1) Nie widać żadnej wybitnej różnicy w zachowaniu się ciśnienia w kanale kręgowym i własności płynu mózgowordzeniowego w przypadkach duru plamistego, — w związku z tem, czy zejście ich pomyślne, czy niepomyślne.

2) Zmiany zapalne w płynie mózgowordzeniowym są objawem duru plamistego, utrzymującym się z reguły jeszcze po spadku gorączki.

3) Zmiany zapalne w płynie mózgowordzeniowym w przebiegu duru brzusznego spotyka się w niewielkim odsetku i o bardzo słabem nasileniu.

4) Nakłucie lędźwiowe połączone z wypuszczeniem płynu mózgowordzeniowego należy w leczeniu duru plamistego uważać tylko za środek objawowy.

Piśmiennictwo. 1) Felix: M. Kl. 1917, 18. — 2) Gilbert: M. m. W. 1916, 22. — 3) Jaffé: M. Kl. 1918, 22. — 4) Karwacki: Gaz. lek. 1917, 45, 46. — 5) Kostrzewski: Prz. lek. 1919, 40. — 6) Liebermann: M. m. W. 1916, 18. — 7) Müller: D. m. W. 1918, 25. — 8) Schemensky: M. m. W. 1916, 19. — 9) K. Zieliński: Gaz. lek. 1917, 29, 47, 48. — 10) K. Zieliński: Gaz. lek. 1918, 37, 38, 49, 50.

O bezładzie czołowym (Ataxia frontalis)

podał **Dr Maksymilian Rose,**

starszy ordynator oddziału chorób nerwowych.

(Z III Szpitala zapasowego w Krakowie (dowódca podpułkownik prof. Dr Horoszkiewicz).

Niedawno przysłany został na nasz oddział inwalida J. K. celem oceny stopnia niezdolności do pracy. Okazało się, że przypadek ten ma ze względów lokalizacyjnych zasadnicze znaczenie i to skłania mnie do niniejszej publikacyi.

Chory ma 25 lat, nieżonaty, z zawodu górnik w kopalni nafty. Chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholu nie nadużywał. W maju 1915 r. raniony został na froncie kulą karabinową w czoło. Po zranieniu stracił przytomność na przeciąg około tygodnia. Powróciwszy do przytomności nie zauważył u siebie żadnych porażeń, czuł się tylko osłabionym. W następnym

czasie wykonano u niego dwukrotnie operacyę czaszki; rana operacyjna zagoiła się dopiero po kilku miesiącach. Już przy pierwszych próbach wstawania z łóżka zauważył chory, że gdy się wyprostował, miał skłonność do padania w tył. Kilka razy nawet istotnie w tył upadł. Stan ten później o tyle się poprawił, że chory w czasie chodu nigdy nie pada, chód jego jest jednak chwilami chwiejny. Szczególnie w nocy trudno choremu chodzić bez podpory, ponieważ stale pada w tył. Wymiotów ani nudności nigdy nie miał. Chory podaje, że usposobienie jego zmieniło się od czasu zranienia, stał się bowiem drażliwym, niecierpliwym i gwałtownym.

Badanie przedmiotowe: Wysoki, silnie zbudowany i dobrze odżywiony mężczyzna. Na lewej skroni pozioma blizna skórna, 6 cm długa. Mniej więcej w połowie jej znajduje się nieznaczny ubytek w kości, wielkości fasoli, odpowiadający wlotowi postrzału. W górnej części czoła na granicy włosów blizna skórna łukowata, 8 cm długa, częściowo przyrosła, wypukłością zwrócona ku górze i zachodząca więcej na lewą połowę czoła, niż na prawą. Poniżej tej blizny, w obrębie łuku, znajduje się ubytek w kości, odpowiadający wylotowi postrzału, wielkości guldena, około $1/2$ cm w głąb drążący, przechodzący więcej na stronę lewą czoła, niż na prawą.

Ruchy czynne, bierne i siła głowy, kończyn i tułowia bez zmian. Unerwienie twarzy i języka bez zboczeń, ruchy gałek ocznych prawidłowe. Źrenice równe, okrągłe, oddziałują żywo na światło; także współruch źrenicy przy akomodacyi i konwergencyi jest wydatny. Odruchu spojówkowego obustronnie wykazać nie można; rogówkowy obustronnie żywy, taksamo odruch gardłowy. Odruchy ścięgnowe i okostne kończyn górnych zachowane, miernie żywe, taksamo odruchy kolanowe i Achillesa. Odruchy brzuszne, mosznowe i stopowe obustronnie żywe. Brak odruchów patologicznych i zaburzeń czucia.

Dno oka bez zmian.

Badanie rentgenologiczne wykazało wgłębienie kości w miejscu powyżej opisanego ubytku kostnego.

Próba Wassermanna z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego wypadła ujemnie.

Badanie narządu błędnikowego dało przy wielokrotnem badaniu następujący wynik: Przy końcowych ustawieniach gałek obustronnie drżenie gałek ocznych. Szybkie ruchy głową nie wzmagają tego drżenia. Przy przepłukiwaniu prawego ucha zimną wodą występuje po 15″ wybitne drżenie oczu poziomo — rotacyjne w lewo, badany pada w tył; nudności, silny zawrót głowy, bladość twarzy. Przy przepłukiwaniu lewego ucha zimną wodą po 25″ drżenie oczu w prawo, padanie w tył, zawrót głowy i nudności. Przy chodzie, szczególnie po zwrotach, chwilami nieznaczne chwianie się. Po zamknięciu oczu pada chory stale w tył, przyczem zwroty głowy nie wpływają wcale na kierunek padania. Przy próbie Baranyego palcem wskazującym występuje po stronie lewej stale mijanie w prawo. Przy próbie palcem wskazującym po stronie prawej stosunki prawidłowe; także przy trafianiu prawą stopą w palec wskazujący badającego niema zboczeń. Przy płukaniu prawego ucha występuje przy próbie palcem wskazującym obustronnie mijanie w prawo, przy płukaniu lewego ucha niema mijania w lewo po lewej stronie.

Zestawiając miejsca uszkodzenia postrzałowego czaszki i mózgu z objawami klinicznymi, stwierdzamy, że chory zraniony został w czoło, a mianowicie w ten sposób, że obie półkule czołowe w górnej swej części niewątpliwie zostały uszkodzone, klinicznie zaś napotykamy objawy typowe dla uszkodzenia móżdżku.

Chód chorego jest chwilami, szczególnie przy zwrotach, chwiejny, po zamknięciu oczu zaś pada chory stale i niezmiennie w tył. Objawy takie, jak chwiejność przy chodzeniu i padanie w jakimkolwiek kierunku napotykamy często w cierpieniach czynnościowych. Mogłyby one także być symulowane, co przy wojsku i przy staraniu się o rentę, jak w niniejszym przypadku, musi być brane w rachubę.

Przy pomocy kalorycznej próby Baranyego odróżnić można padanie, spowodowane chorobą móżdżku lub jego dróg, od padania histerycznego, czy też symulowanego. Przy prawidłowym bowiem stanie móżdżku i dróg móżdżkowych pada badany przy płukaniu zimną wodą stale i niezmiennie w stronę płukanego ucha, t. j. w stronę przeciwną kierunkowi drżenia oczu. Natomiast przy chorobach móżdżku i dróg móżdżkowych często następuje samoistne padanie, które się wzmaga przy zamknięciu oczu. Kierunek tego padania nie zmienia się, w szczególności nie wpływa nań przepłukiwanie uszu i chory niezależnie od tego, które ucho jest przepłukiwane, pada stale w tym samym kierunku, co samoistnie lub po zamknięciu oczu.

Ze względu na to, że chory nasz mimo uszkodzenia płatów czołowych miał podobne objawy do tych, jakie napotykamy przy schorzeniach móżdżku lub dróg móżdżkowych, zastosowaliśmy u niego również próbę Baranyego i przekonaliśmy się, że niezależnie od tego, czy płukaliśmy lewe ucho, czy prawe, zawsze chory padał w tył, przyczem kierunek drżenia oczu był typowy, to znaczy w stronę przeciwną płukanego ucha.

W ten sposób stwierdziliśmy, że przy uszkodzeniu obu płatów czołowych były takie same objawy kliniczne, jakie napotykamy przy schorzeniu móżdżku, przyczem próba kaloryczna Baranyego, stosowana dotychczas tylko przy schorzeniach tylnej jamy czaszkowej, dostarczyła przedmiotowych danych, przy których pomocy napewne wykluczyć można w danym przypadku cierpienie czynnościowe lub symulacyę.

Obok przytoczonych objawów klinicznych stwierdziliśmy u chorego przy próbie Baranyego palcem wskazującym mijanie lewej górnej kończyny w prawo. Po wywołaniu zaś drżenia oczu w prawo nie występowało mijanie lewej górnej kończyny w lewo. Fakt ten zapisujemy tylko, nie mogąc na razie dać dokładnego dlań wyjaśnienia. Barany tłómaczy mijanie przy próbach palcem wskazującym przy schorzeniach móżdżku jako zniesienie ruchu w stronę przeciwną. W danym razie chodziłoby więc o zniesienie ruchu w lewo, wskutek czego występuje mijanie w prawo.

Równoczesne istnienie jakiejś sprawy chorobowej w móżdżku możemy po 3-miesięcznej obserwacyi i wobec braku jakichkolwiek danych w tym kierunku, jak z przytoczonej historyi choroby wynika, uważać za wykluczone.

Poza tem już opisywano bezład przy schorzeniach płatu czołowego, szczególnie przy guzach, chociaż istnienie jego wielu poważnych neurologów podawało w wątpliwość. Pierwszy zwrócił uwagę na bezład czołowy Bruns w r. 1892. Twierdzenie jego nie zostało odrazu przyjęte i dotychczas nie jest jeszcze powszechnie uznawane. W szeregu jednak prac o guzach płatu czołowego po r. 1897 spotykamy stale wzmianki o zaburzeniach równowagi. Autorowie ci nie poddawali tych zaburzeń równowagi dokładnej analizie, podobnie jak to czyni Barany przy schorzeniach móżdżku, podkreślają tylko ogólnie, że znajdowali zaburzenia równowagi. H. Singer [1]), T. Cohn [2]), B. Bramwell [3]), H. Gordinier [4]), G. Anton [5]). Na szczególną uwagę zasługuje praca O. Polimantiego [6]). Autor po usunięciu płatu czołowego u psa do przodu od rowka krzyżowego (sulcus cruciatus) stwierdził podobne zaburzenia, jak po usunięciu móżdżku. Znaczenie tej pracy leży w szczególności w tem, że objawy kliniczne nie są zamącone objawami uciskowymi mózgu, co musi się wziąść w rachubę w innych pracach, które się opierają wyłącznie na guzach płatu czołowego. Co do patogenezy bezładu czołowego niema dotychczas ustalonego poglądu. Wedle Munka leży ośrodek dla tułowia w płacie czołowym. Wynikałoby stąd, że uszkodzenie tej okolicy mózgu może wywołać niedowład lub nawet porażenie mięśni tułowia. Jeżeli weźmiemy w rachubę fakt, że mięśnie tułowia odgrywają niewątpliwie rolę w utrzymaniu równowagi ciała, to wniosek stąd, że niedowład tych mięśni mógłby się objawiać w postaci zaburzenia równowagi. W naszym przypadku zwróciliśmy wobec tego szczególną uwagę na mięśnie tułowia, które okazały się jednak zupełnie sprawnymi, tak, że nawet śladu niedowładu nie można było wykazać. Już to więc wskazuje na to, że przynajmniej w tym naszym przypadku bezład nie jest wynikiem niedowładu mięśni tułowia. Podnieść też należy, że, jak uczy doświadczenie, jest wynik próby Baranyego przy porażeniach mózgowych zawsze typowy, w naszym zaś przypadku odczyn przebiegał jak przy schorzeniach móżdżku lub dróg móżdżkowych. Jednem słowem, nie możemy bezładu w naszym przypadku wytłómaczyć ani nawet zrozumieć na podstawie powyższej teoryi.

Próbowano też tłómaczyć bezład przy schorzeniach płatu czołowego uciskiem, jaki sprawa chorobowa w tej okolicy wywierać musi też na twory tylnej jamy czaszkowej. Ewentualność tę istotnie trudno jest wykluczyć, o ile sprawa tocząca się w płacie czołowym jest sprawą uciskową, gdyż nierzadko powstają przy guzach mózgu t. zw. objawy odległe zdala od właściwego ogniska n. p. drgawki Jacksona przy sprawach uciskowych tylnej jamy czaszkowej. W ten sam sposób mogą też wystąpić i występują często objawy móżdżkowe przy sprawach uciskowych przedniej jamy czaszkowej. W naszym przypadku musimy ewentualność tę z góry odrzucić, ponieważ chodzi tu o zranie-

---

[1]) Üb. Gleichgewichtsstörungen bei Stirnhirntumoren. Inaug. Diss. Breslau 1897.

[2]) Neur. Cblt 1897. [3]) Brain LXXVV, 1897. [4]) Amer. Jour. Med. Sc. 1899. [5]) M. m. W. 1906, Nr 27. [6]) Arch. f. Anat. u. Phys. Phys. Abt.

nie płatów czołowych, a nie o guz i brak też jest jakichkolwiek ogólnych objawów uciskowych.

Tłómaczenie bezładu czołowego zamroczeniem, które często przy schorzeniach płatu czołowego występuje, co zrazu przyjmował Oppenheim, nie wchodzi też w naszym przypadku w rachubę, gdyż chory nasz nie wykazuje nawet śladów zaburzenia świadomości.

Z powyższego wynika przedewszystkiem, że bezład w naszym przypadku nie jest objawem odległym, gdyż brak jest wszelkiej podstawy dla przyjęcia sprawy uciskowej, ale że uważać musimy bezład za objaw ogniskowy. Ponieważ zaś uszkodzenie mózgu jest ściśle zlokalizowane w obu płatach czołowych w ich górnej i przedniej części, przyjąć musimy, że bezład ten jest skutkiem tego właśnie uszkodzenia.

Już Bruns zwrócił uwagę na anatomiczne tłómaczenie tej sprawy. Istnieje bowiem droga, wiodąca z płatu czołowego do mostu Varola, która ma ścisłą łączność z móżdżkiem, t. zw. pęczek czołowo-mostowy (tractus frontopontinus). Tą to drogą mógłby ośrodek równowagi płatu czołowego oddziaływać na podporządkowane mu automatyczne ośrodki móżdżku.

Zasadnicze znaczenie naszego przypadku polega na tem, że uszkodzenie mózgu można tu ściśle zlokalizować w płacie czołowym, prawie z dokładnością eksperymentu i że nie chodzi tu o guz, przez co niema żadnych objawów odległych, mącących tak często jasność obrazu. Objawy kliniczne, napotkane tutaj, uważać więc możemy za ogniskowe.

Jako zasadniczy objaw obok zmian w usposobieniu, uderza bezład, charakteryzujący się nieco chwiejnym chodem i padaniem w tył przy zamkniętych oczach. Metodą kaloryczną Baranyego wykazaliśmy, że bezład ten nie jest czynnościowym i że zachowuje się wobec tej próby podobnie, jak przy schorzeniach móżdżku. Przedmiotowe stwierdzenie bezładu przy schorzeniach płatu czołowego metodą Baranyego nie jest mi znane z piśmiennictwa. Badanie zaś nasze bezład ten nietylko przedmiotowo stwierdziło, ale wykazało także analogiczne zachowanie się jego wobec próby kalorycznej Baranyego z bezładem przy chorobach móżdżku.

Ten fakt w połączeniu z tem, że chory nasz nie miał niedowładu mięśni tułowia, ani wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego lub zamroczenia świadomości, które to objawy same przez się mogą dać obraz bezładu, skłania nas do przyjęcia, że bezład o charakterze móżdżkowym może być także ogniskowym objawem przy schorzeniach płatu czołowego, powstałym w ten sposób, że ulega zniszczeniu ośrodek, będący prawdopodobnie punktem wyjścia dla jakiegoś połączenia płatu czołowego z móżdżkiem.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Országh: **Przyczynek do zdolności odczynowej przy gruźlicy płuc.** (Wiener klin. Wochenschr. 1920 Nr 2). Ze spostrzeżeń autora wynika, że stan chorych gruźliczych nie pogorszył się ani pod wpływem endemii zapalenia migdałków, ani wskutek ponownego szczepienia ochronnego przeciw ospie. Im cięższy był stan sprawy gruźliczej, tem rzadziej widywano zapalenie migdałków lub krostę szczepionkową. U lekko chorych bywa odczyn takisam jak u zdrowych, a zdolność do odczynu maleje lub znika w daleko posuniętym trzecim okresie gruźlicy. Tosamo zjawisko spostrzega się zawsze w przebiegu przewlekłych ciężkich schorzeń. Dr M. Blassberg (Kraków).

Schmidt i Kraus. **Leczenie ciałami proteinowemi w gruźlicy.** (Med. Klin. 22. 1919). Autorowie podają swe spostrzeżenia, jakie poczynili nad działaniem wstrzykiwań mleka w 16 przypadkach gruźlicy. Zachodzi uderzające podobieństwo w działaniu mleka a tuberkuliny, fakt, który podaje w wątpliwość swoistość leczenia tuberkulinowego. Przypadki dobierano odpowiednie podobnie jak dla tuberkuliny, a więc przewlekłe postacie gruźlicy bez silniejszego przyspieszenia tętna i podwyższenia ciepłoty, a ze skłonnością do stwardnień, natomiast postacie ostre lub z wysoką gorączką i szybkim rozpadem płuc wyłączano z leczenia. Technika: Mleko krowie, wyjałowione przez gotowanie w kąpieli wodnej przez 10 minut, wstrzykiwano podskórnie w dawkach od $1/2$ do 2 cm^3, stopniowo zwiększając dawki w odstępach 3—4-dniowych przez 3 tygodnie. Wyniki: Podobnie jak w leczeniu tuberkuliną powstawał u chorych odczyn miejscowy (bolesność, zaczerwienienie, obrzęk w miejscu wstrzyknięcia), ogólny (bóle głowy, osłabienie, podwyższenie ciepłoty) oraz ogniskowy w płucach (zaostrzenie objawów fizycznych w częściach płuc gruźliczo zmienionych). Po tym okresie ujemnym odczynu, który trwał około 12 godzin, następował okres dodatni, w którym stan się poprawiał (lepszy stan podmiotowy, zmniejszenie się lub ustąpienie potów nocnych, spadek gorączki, zmniejszenie się ilości prątków w plwocinie, przybytek sił i wagi ciała i t. p.). Wybitną poprawę osiąga się już po zastosowaniu kilku dawek. Autorowie sądzą, że z uwagi na ścisły związek w działaniu mleka i tuberkuliny pojęcia nasze dotychczasowe o znaczeniu rozpoznawczem tuberkuliny wymagają nowego opracowania i rewizyi. Doc. Dr Nowaczyński.

H. Dufour: **O stosowaniu jodo-benzo-metyl-forminy przeciw suchotom płucnym.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. 1919. Nr 9—10).

Autor w tymczasowem doniesieniu zawiadamia, że od kilku miesięcy stosował w ciężkich przypadkach suchot płucnych, w rozmaitych okresach choroby, śródżylne wstrzykiwania jodo-benzometylo-forminy z pomyślnym skutkiem. Sądzi, że chodzi tu o bezpośrednie dotarcie drogą krwi i działanie na drobnoustroje w płucach leku, który nie działa szkodliwie na tkanki. Już dawniej Loeper stosował w tym celu śródżylnie urotropinę, lecz próby D. z urotropiną nic dały zadowalniających wyników.

Dr M. Blassberg (Kraków).

Lustig: **W sprawie leczenia surowicą chorych na grypę.** (M. Klin. 1919). Wychodząc z założenia, że działanie surowic w wielu chorobach zakaźnych polega na rozmaitych, nieznanych nam jeszcze składnikach obcogatunkowej surowicy, stosował L. w ciężkich przypadkach grypy z powikłaniami płucnemi (zapalenie włóknikowe i ropniak opłucny) surowicę przeciwbłoniczą, doświadczenia obejmują stu chorych. W przypadkach z jednostronnem zapaleniem płuc u znacznej części chorych ciepłota spadła do poziomu prawidłowego już po pierwszem wstrzyknięciu, u niektórych po drugiem i utrzymywała się w granicach prawidłowych, mimo, że istniały jeszcze objawy opukowe i osłuchowe; wogóle odnosiło się wrażenie, że cały przebieg był lżejszy, aniżeli u chorych, u których surowicy nie zastosowano. Przy obustronnem zapaleniu płuc, gdzie rokowanie od samego początku było jak najgorsze, wpływ surowicy był bardzo widoczny, a objawiał się ogólną poprawą, znikaniem sinicy i spadkiem ciepłoty; na 22 tego rodzaju przypadków leczonych surowicą zmarło 4. Najgorzej oddziaływały przypadki, w których grypa przybierała cechy posocznicy bez wyraźniejszych powikłań płucnych; z 10 takich chorych zmarło mimo stosowania surowicy 7, i to już po 2—3 dniach. Dobre wyniki osiągnął L. i w tych przypadkach, gdzie w następstwie zapalenia płuc grypowego powstało ropne zapalenie opłucnej; chorzy ci byli leczeni oczywiście także i chirurgicznie. Surowicę wstrzykiwał L. śródżylnie, mianowicie w 3 po sobie następujących dniach po 10 cm^3. Skoro ciepłota utrzymywała się w granicach prawidłowych, leczenie na tem kończono; w przeciwnym razie, po jednodniowej przerwie, dokonywał L. jeszcze 2—3 wstrzyknięć po 10 cm^3. Dr T. Tempka.

G Quarelli: **W sprawie szczepienia ochronnego przeciw grypie.** (Comp. rend. de la Soc. de Biol. 1919, Nr 6). Autor stoi na stanowisku, że czynnik etyologiczny grypy jest dotąd nieznany i że prątki Pfeiffera nie stanowią mikroba pierwotnego tej choroby, lecz że jest on zarazkiem, który wraz z dwoinkami zapalenia płuc, z paciorkowcami hemolitycznymi i innymi ma ważne znaczenie dla licznych powikłań grypy. Zarazek pierwotny grypy należy prawdopodobnie do grupy zarazków, przechodzących przez filtry. W myśl tej zasady sporządził autor szczepionkę z plwociny różnych chorych dotkniętych grypą, pochodzącej z 4—5 dnia, zmieszanej z wodą karbolową tak, że cały rozczyn zawiera 0·5% kwasu karbolowego. Po dokładnem wstrząsaniu i przesączeniu otrzymuje się mieszankę, zawierającą jad przechodzący przez sączki, który przynajmniej 2-krotnie w ilości po 2 cm^3 wstrzykuje się w odstępach 6-dniowych. Sposób ten, który ma tę zaletę, że zawiera florę zakażenia miejscowego, a nie produkcyi laboratoryjnej i którego technika jest bardzo prosta, wypróbował Q. na blizko 100 osobach, z których żadna nie zapadła na grypę, mimo, że byli to pielęgniarze pozostający w ciągłej styczności z chorymi na grypę i przeważnie spali na salach chorych. Wstrzykiwanie podskórne szczepionki nie dawało prawie żadnego odczynu prócz lekkiego bólu, który znikał w ciągu dnia. Nieznaczne wzniesienia ciepłoty o kilka dziesiętnych stopnia występowały rzadko.

Dr M. Blassberg (Kraków)

M. E. Lenoble: **Grypa w męskim szpitalu cywilnym w Brest w r. 1918.** (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hop. 1919 Nr 5—6). Epidemia, która dotknęła ludność cywilną w Brest przy końcu roku 1918 dotyczyła przeważnie osób młodych i dorosłych do 50. roku życia i przebiegała ze śmiertelnością 18%. U Hindusów śmiertelność dochodziła do 75%. Gruźlica i kiła nie potęgowały ciężkości zakażenia. Przy powikłaniach płucnych często słyszano wybitne szmery na przestrzeni całego płuca, których zmiany znalezione przy autopsyi nie zawsze dostatecznie tłómaczyły. Lenoble uważa grypę za posocznicę o rozmaitem natężeniu i bardzo rozległej i zmiennej skali objawów, powodowaną nie przez jeden gatunek bakteryi, lecz przez mikroby wytwarzające w symbiozie jad zbiorowy, wobec którego obecne leczenie surowicze jest bezsilne. Dr M. Blassberg (Kraków).

Ménard: **Epidemia grypy w środowisku chorych gruźliczych.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris 1919, Nr 5—6). W zakładzie, gdzie przebywało 49 chorych na gruźlicę, wybuchła 25 września 1919 epidemia grypy, na którą zachorowało 83·7% chorych. Okres wylęgania się trwał średnio 2 dni. Na początku schorzenia pojawiały się bóle głowy, łamanie w członkach i dreszcze, a dość często bywały, zwłaszcza u kobiet, wymioty żółciowe. Prawie u wszystkich kaszel i odkrztuszanie pod wpływem grypy potęgowały się, a gorączka była stałym towarzyszem. Stan ogólny był z reguły gorszy, aniżeli u osób przedtem zdrowych. Gorączka miała przebieg nieregularny. Czas trwania wynosił średnio od 2—10 dni. Z powikłań najczęstszem było krwioplucie, które wystąpiło u 36·6% chorych, a 46·7% chorych, u których wystąpiło krwioplucie, zmarło z powodu grypy. Na ogół występowało wybitne pogorszenie objawów gruźlicy pod wpływem grypy. Ten przebieg złośliwy zdaje się mieć charakter wyjątkowy. Albowiem na ogół środowiska gruźlicze bywały w znacznie mniejszym stopniu nagabywane przez grypę, przebieg jej u gruźliczych był łagodniejszy, a śmiertelność nieznaczna, tak że na ogół grypa nie pogarszała przebiegu gruźlicy. Dr M. Blassberg (Kraków).

Raffelt: **Upust krwi w grypowem zapaleniu płuc.** (W. kl. Woch. 1919, Nr 4). Autor stosował w groźnych przypadkach grypy z następowem zapaleniem płuc z dobrym skutkiem kilkurazowe upusty krwi (300—400 cm^3), a to z uwagi na tę okoliczność, że przy nekroskopiach grypowych znajdowano stale przekrwienie miąższu płucnego, które przechodzi w ropienie, a zdarza się to u chorych młodych i wielokrwistych. J.

Hilgermann: **Upust krwi w leczeniu chorób zakaźnych.** (Med. Kl. 43. 1919). W ciężkich przypadkach chorób zakaźnych stosuje autor wcześnie obfity upust krwi, połączony z następowem wlewaniem rozczynu fizyologicznego soli i zaleca bardzo to postępowanie, które wpływa korzystnie na dalszy przebieg choroby. Korzyści, jakie osiąga się tem leczeniem, są według autora następujące: Upust krwi z jednej strony usuwa część jadów drobnoustrojów chorobotwórczych, z drugiej stanowi podnietę dla komórek i tkanek ustroju, pod której wpływem następuje wybitniejsze tworzenie się ciał ochronnych. Powtóre wlewanie soli ułatwia wydzielanie jadów i wspomaga działanie upustu w tworzeniu ciał ochronnych. Autor zwraca uwagę na to, że jedynie wczesny upust krwi może dać pewne wyniki, a nie późny, jaki przeważnie stosuje się wtedy, gdy występują już groźne objawy i w okresie choroby, w którym komórki i tkanki ustroju pod wpływem długotrwającego działania czynników chorobotwórczych nie są już zdolne do odtwarzania ciał ochronnych. Doc. Dr Nowaczyński.

Crespin i Ali Zaky: **Krzywa hemolizy i cholesterynemii w napadzie zimnicy.** (Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1919, Nr 6). Autorowie wykonali badania na 30 chorych, śledząc krzywą hemolityczną przed napadem, podczas napadu i po napadzie zimnicy. Badania te wykazały, że napadom zimnicy towarzyszy stale tasama krzywa hemolityczna, podnosząca się z lekka stale podczas napadu, aż do szczytu gorączki, a obniżająca się i wracająca do normy, jeżeli gorączka ustąpiła na stałe. Jednym z czynników zwiększających krzywą hemolityczną jest nadmiar cholesteryny we krwi podczas napadu. W okresie przed napadem cholesteryna spada poniżej normalnej ilości, zwiększa się zlekka podczas napadu i wraca do normy, jeżeli napad ustąpił, a spada poniżej normy, jeżeli stan bezgorączkowy nie jest ostatecznym i gotuje się nowy napad. Dr M. Blassberg (Kraków).

R. Reitler: **Leczenie zimnicy równocześnie chininą i błękitem metylenowym.** (W. kl. W. 1920, Nr 1). Równocześnie z chininą stosując wewnętrznie błękit metylenowy, można leczyć przypadki zimnicy, oporne na działanie chininy. Podawanie równocześnie z chininą błękitu metylenowego pozwala obniżyć dawkowanie chininy poniżej dawki samej przez się skutecznej, rzecz bardzo ważna u osób nieznoszących dawek chininy. U 44 chorych na zimnicę podawał autor równocześnie i chininę i błękit metylenowy (drogą przewodu pokarmowego). Dawka błękitu metylenowego wynosiła 0·5 gr na dzień w 5 równych dawkach. Podawanie chininy autor indywidualizował, ale najwyższa dawka nie przekraczała 0·5 gr. chininy na dzień. Wyniki leczenia były bardzo zadowalniające. Dr Kostrzewski.

St Rusznyák: **Wzmożenie działania chininy zapomocą ciał fluoryzujących.** (W. kl. W. 1920, Nr 1). Znane jest działanie światła na niektóre własności chininy. Opierając się na tych spostrzeżeniach autor badał wpływ eozyny i soli sodowej fluorescyny, na chininę, a mianowicie: a) na fotodynamiczne własności chininy »in vitro«, b) na lecznicze działanie chininy u chorych na zimnicę. Doświadczenia in vitro dowiodły, że fotodynamiczne własności chininy i eozyny (z małymi tylko wyjątkami) sumują się, natomiast rozkład hemoglobiny, wywoływany przez chininę, eozyna tylko ułatwia. Podawanie znowu chorym na zimnicę obok chininy równocześnie soli sodowej fluorescyny lub eozyny dowiodło, że w niektórych przypadkach zimnicy względnie w niektórych warunkach, w których chinina nie działa całkiem lub tylko niedostatecznie, tam podawanie równoczesne wymienionych ciał fluoryzujących obok chininy osiąga pożądany skutek. Eozynę (Grübler) i sól sodową fluorescyny (Merck) w rozczynie fizyologicznym Na Cl stosował R. podskórnie w ilości 0·01—0·06 gr. na dawkę, najczęściej kilka dni z rzędu. Wstrzykiwania te nie przynoszą najmniejszej szkody chorym. Barwik poczyna się wydzielać z moczem w 15—20 minut po wstrzyknięciu podskórnem. Ciała fluoryzujące same, wstrzyknięte choremu, nie wywierają na zimnicę żadnego wpływu, natomiast wstrzykiwania podskórne eozyny lub soli sodowej fluorescyny obok równoczesnego podawania chininy w przypadkach zimnicy, opierających się leczeniu chininą lub w razie podawania chininy w bardzo małych dawkach (0·10—0·25 pro die) usuwają objawy chorobowe. Stosując powyższy sposób leczenia 60 razy, nie widział R. 12 razy dodatniego wpływu na przebieg zimnicy. Dr Kostrzewski.

H. F. Roll i R. Reich: **Przyczynek do leczenia zimnicy.** (Wien. kl. Woch. 1919, Nr 38). W przypadkach nawrotów zimniczych, które się po tygodniach lub miesiącach odnawiały, stosowali autorowie następujące postępowanie, wypróbowane w Indyach: Gdy napad doszedł do szczytu i gorączka zaczęła się obniżać, ale jeszcze nie opadła, podawali naraz 2 gm chlorku chininy w pastylkach po 0·25, owiniętych w opłatek. U chorych wymiotujących z powodu chininy, przy ogłuszeniu, silnym szumie lub zapadzie stosowali sól bromową (chininum hydrobromatum) lub dodawali do chininy 2 grm Na Br. W następnych pięciu dniach podawali codziennie chorym już tylko po 1 grm chlorku chininy naraz. Metoda ta okazała się cztery razy skuteczniejszą, niż zwykła metoda podawania chininy po 0·5 grm kilka razy przed samym napadem. J.

Goebel: **W sprawie t. zw. choroby Weila (żółtaczki zaraźliwej).** (Med. Kl. 1916, 15). W przypadkach wątpliwych zaleca się wykonać w celach rozpoznawczych doświadczenie na zwierzęciu — zaszczepienie odwłóknionej krwi morskim świnkom na początku, a miareczkowanie krwi chorego przy końcu choroby. Stwierdzono na pewno, że krew świnek morskich, zawierająca krętki, może zakazić człowieka chorobą Weila i że krew takich ludzi (u których może nie być żółtaczki) wywołuje znów u morskich świnek chorobę z żółtaczką i krętkami w wątrobie. Wrotami zakażenia były w przypadkach spostrzeganych przez G. (zakażenie pracowniane) skaleczenia skóry rąk, jednakże może być wrotami także skóra nieskaleczona, jakoteż spojówka, a może i błona śluzowa jamy ustnej. Badania krwi chorych na chorobę Weila, dokonywane w pracowniach, wymagają jaknajwiększych ostrożności, podobnie, jak przy durze powrotnym (rękawiczki gumowe i t. p.). Oczywiście należy zachować wielką ostrożność także przy stykaniu się z takimi chorymi. r.

M. G. Faroy: **Przelotny zespół Bernarda-Hornera po durze brzusznym.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. 1919, Nr. 5—6). U chorego 24-letniego, dotkniętego durem brzusznym, u którego pod koniec okresu gorączkowego wystąpiło prawostronne zapalenie płuc, pojawił się już w okresie bezgorączkowym zespół objawów Klaudyusza Bernarda-Hornera, a mianowicie: prawostronne zmniejszenie się szpary powiekowej, zapadnięcie się oka prawego i nierówność źrenic ze zwężeniem po prawej stronie. Równocześnie wystąpiło czerwienienie się i obfite poty, jednak po obu stronach twarzy, oraz przyspieszenie tętna. Zespół ten po tygodniu wybitnie zmalał, a po dwóch tygodniach znikł zupełnie. Bywa on zwykle przypisywany za-

jęciu pnia współczulnego szyjnego lub rzadziej śródpiersiowego. W danym przypadku mogła zadziałać toksyna durowa lub sąsiedztwo ogniska zapalnego w prawem płucu.

Dr M. Blassberg (Kraków).

Doc. Fleckseder: **O działaniu leczenia szczepionką w durze brzusznym.** (Wiener kl. Woch. 1916, 21). Na zasadzie 44 przypadków duru, leczonych dożylnemi wstrzykiwaniami szczepionki Besredki i 20 przypadków, w których w tenże sposób używano szczepionki Vincenta, ostrzega F. usilnie przed przecenianiem wyników tego postępowania. Szczepionka Besredki działa tak niepewnie, że należy ją zupełnie zarzucić. Zapomocą szczepionki Vincenta powiodło się wprawdzie w $^3/_5$ przypadków przerwać gorączkę, z czego zdawaćby się mogło, że zapomocą tej szczepionki można skrócić przebieg; jednakże ani razu nie odniósł Fl. wrażenia, żeby zapomocą szczepionki można uratować przypadki z ciężkimi objawami toksycznymi, co więcej, nie brak było działań ubocznych, a nawet zejść śmiertelnych (5%) wprost w związku przyczynowym z dożylnem zastosowaniem szczepionki. Być jednak może, że szkodliwych działań ubocznych uda się uniknąć, stosując nizkie dawki szczepionki Vincenta (20—50 milionów bakteryi), dodanej dla uzyskania znacznego rozcieńczenia do dożylnego wlewania rozczynu soli. Ponieważ jednak dawki już dwukrotnie większe (100 milionów) grożą nawet przy tem rozcieńczeniu niebezpieczeństwem śmiertelnego zapadu, przeto, jeśli te mniejsze dawki (20—50 mil.) są bezskuteczne, nie należy ich zwiększać, bo widocznie przypadek jest do leczenia szczepionką niepodatny.

r.

Chirurgia.

Vignard. **Wczesne postępowanie w przypadkach ostrego zapalenia kości.** (Presse méd. 1919, 50). Autor jest tego zdania, że zabieg operacyjny w pierwszym okresie zapalenia szpiku kostnego, w okresie, który charakteryzuje się wystąpieniem na plan pierwszy objawów ogólnych przy nieznacznych stosunkowo zmianach miejscowych, może pociągnąć za sobą znaczne pogorszenie przez uogólnienie zakażenia czyto drogą operacyjnie otwartych naczyń czy też skaleczonych tkanek. Z drugiej strony w przypadkach wysięku w stawie, graniczącym z ogniskiem zapalnym, może wydarzyć się trudność w rozpoznaniu, czy nie zachodzi pierwotne zajęcie samego stawu. Te wątpliwości stara się Vignard ominąć przez postępowanie zachowawcze, wywołując w pobliżu ogniska chorobowego sztuczny ropień przez wstrzykiwanie olejku terpentynowego w ilości 2—3 cm. O ile działanie daje na siebie czekać, powtarza zabieg po 24 godzinach. Przytacza 7 przypadków w ten sposób leczonych, w których po jednorazowem wstrzyknięciu wszystkie objawy ogólne i miejscowe szybko się cofnęły. Chorzy, badani po paru latach, nie okazywali poza nieznacznemi zgrubieniami kości żadnych zmian. Sposobu działania swej metody i wytłómaczenia naukowego V. nie podaje, zaznacza tylko, że postępowanie takie jest w każdym razie nieszkodliwe. W przypadkach przez siebie leczonych prócz spokoju żadnych innych środków nie stosował. Ropień usuwał nacięciem lub wycięciem.

Dr Glatzel.

Arnold Jirásek: **Przyczynek do sprawy późnych ropni mózgowych po ranach postrzałowych czaszki.** (Časopis ceskych lék. 1919, 46). Na podstawie dwóch przytoczonych przypadków wyraża autor zapatrywanie, że wszelkie plastyczne operacye, konieczne nieraz po ranach postrzałowych czaszki (pokrycie ubytków kostnych, zabiegi z powodu padaczki Jacksona i in.) powinny być odsunięte o okres 1—1½-roczny od chwili zagojenia rany, a to z powodu możliwości zakażenia, wychodzącego od głębokich ropni mózgowych, których to ropni nieraz żadnymi sposobami rozpoznać nie można.

Dr Michejda.

Prof. Tilimann: **Rozpoznanie późnych następstw postrzałów czaszki.** (Dts. m. W. 1916, 12). Autor zwraca uwagę na wartość nakłucia lędźwiowego dla oceny, czy zjawiska odczynowe w mózgu po uszkodzeniu czaszki już się ukończyły lub nie, a także, czy skargi rannego zasługują na wiarę. Przy wszelkich sprawach zapalnych w mózgu i oponach jest prawie zawsze parcie i zawartość białka w płynie zwiększone. Wzmożone parcie obok prawidłowej ilości białka przemawia za istnieniem prostej torbieli opon miękkich, powstałej wskutek zbliznowacenia, wzmożone zaś parcie obok niewielkiej zawartości białka przemawia za torbielą zapalną. Wzmożona ilość białka obok prawidłowego parcia wskazuje na sprawy czysto oponowe, znaczna zaś ilość białka obok wysokiego parcia najczęściej na istnienie ropnia.

r.

G. Anton i V. Schmieden: **Nakłucie podpotyliczne.** (Zbl. f. Chir. 1917, 10). Dla odprowadzenia nadmiernej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego podają autorowie metodę, polegającą na nakłuciu (po szerokiem udostępnieniu z cięcia w linii środkowej błony szczytowopotylicznej tylnej (m. atlantooccip. post.) — przez też błonę zbiornika móżdżkowordzeniowego (cysterna cerebellomedullaris) i następnie sondowaniu tą drogą czwartej komory zapomocą specyalnego zgłębnika. Dla zapewnienia stałości odpływu płynu mózgowordzeniowego wycina się w błonie szczytowopotylicznej tylnej okienko, szerokości ½ cm, przez które — po zagojeniu rany skórnej, zaszytej na głucho — nadmierna ilość płynu mózgowordzeniowego ścieka do przestrzeni śródmięśniowej, gdzie ulega wessaniu. Wyniki w 5 przypadkach dobre. Wskazania: guzy mózgowe, wodogłowie, padaczka, surowicze zapalenie opon mózgowych i inne.

Dr Michejda.

Sebek: **Przewlekłe wysięki ropne klatki piersiowej a operacya sposobem Schede-Helfericha.** (Čas. lék. č. 1919, 48 i 49). Po omówieniu etyologii i wskazań do t. zw. torakoplastyki zestawia autor 7 własnych przypadków, operowanych kombinowaną metodą Sch.-H. (cięcie skórne wedle Schedego, resekcya ściany klatki piersiowej wedle Helfericha, t. zn. przez usunięcie całej ściany kostno-mięsno opłucnej en masse), z jednym przypadkiem śmiertelnym z powodu niedomogi sercowej, a 6 wyleczeniami. S. drenuje powstającą po zabiegu jamę w ten sposób, że wkłada niejako dwa piętra drenów, jedno do górnej części jamy. Zaletą kombinacyi metody Schedego i Helfericha jest szybszy przebieg zabiegu i stosunkowo szybkie wygojenie. W leczeniu pooperacyjnem należy baczną uwagę zwracać na to, by nie powstały zatoki ropne; utrudnia ich powstawanie podwójne szczkowanie jamy. Pozostające po operacyi powierzchnie, nie pokryte nabłonkiem, pokrywa S. nie metodą Thierscha, ale plastyczną operacyą kosmetyczną.

Dr Michejda.

Klebelsberg: **O postrzałach płuc.** (Wiener kl. Woch.

1916, 14). Na zasadzie 104 spostrzeżeń dochodzi K. do następujących wniosków: W znacznej liczbie przypadków (50 na 104) nie wywołują postrzały płuc żadnego odczynu, to znaczy żadnych wyraźnych objawów klinicznych. W innych przypadkach powstaje krwotok do opłucnej; krew może uledz gładko wessaniu, ale również może jako następstwo krwotoku wystąpić zapalenie opłucnej surowicze lub ropniak opłucnej; niekiedy powstają powikłania w samem płucu, czasem wysuwając się później na plan pierwszy (zapalenie płuc, ropnie, zgorzel). Leczenie stosuje się do okoliczności. Niewielkie krwotoki i wysięki opłucne leczy się wyczekująco. Większe wylewy należy ze względu na niebezpieczeństwo zrostów i retrakcyi usunąć zapomocą otwartego nakłucia opłucnej (offene Pleurapunktion). W razie ropniaka (niekiedy jeszcze przed przejściem wysięku w wyraźnie ropny) wskazana jest resekcya żebra. Otwarte nakłucie opłucnej da się zastosować z dobrym wynikiem także przy czystych krwiakach opłucnej. Przypadki postrzałów płuc najlepiej byłoby leczyć nie przewożąc daleko, chociaż przewiezienie wogóle nie grozi zbyt wielkiem niebezpieczeństwem. r.

Tugendreich: **Stosowanie izoamylhydrokupreiny na wrzody u chorych na raka.** (B. kl. W. 1916, 10). Stosowanie tego środka (zwanego także »eucuprin«) ma znaczenie pomocnicze, a zaleca się szczególnie przy leczeniu nowotworów silnie przenikającymi promieniami Röhtgena, przy którem naświetlanie nie usuwa owrzodzeń, ani bolów. Izoamylhydrokupreina działa bowiem w tych przypadkach korzystnie na owrzodzenia i łagodzi bole. Stosuje się ją w 2—5% rozczynie oliwnym (sporządzonym na gorąco) w postaci opatrunku na zgorzelinowe wrzody rakowe; jeżeli ten rozczyn wywołuje silne pieczenie, to należy użyć rozczynu słabszego (1%). r.

Wiadomości bieżące.

Rozkaz Naczelnego Wodza do korpusu lekarskiego: »Schyłek ubiegłego roku i zaranie drugiego roku wojny o najświętsze prawa i o całość granic Rzeczypospolitej, do podatku krwi, opłacanego ofiarnie przez korpus oficerski, przyniosły śmiertelny posiew zarazy, która dokonała też spustoszenia w kadrach korpusu lekarskiego. Wierni żołnierskim obowiązkom i honorowi oficera, lekarze armii polskiej stali twardo i niewzruszenie na swych stanowiskach, świecąc hartem woli i poświęceniem dla Ojczyzny. Wierni tradycyom, spełniali oni swój trud, który pozwolił im zdobywać najwyższe pochwały i odznaczenia, na równi z walczącymi w pierwszych szeregach. Dlatego też i dzisiaj mimo, że zaraza wydarła z Waszych szeregów jednostki dzielne i ofiarne, ufam i wierzę, że ten pokos śmierci hartu waszego nie osłabi, lecz owszem stanie się bodźcem do dalszej pracy dla dobra Ojczyzny, która w waszym znoju i ofiarności widzi czynnik równoważny dla armii z trudem towarzyszy broni w okopach. Wytrwać w wysiłkach musicie tem bardziej, że wasza wiedza i organizacya ma nietylko ratować szeregi żołnierskie na czas wojny, której koniec nie jest jeszcze znany, lecz także te tysiące ofiarnych synów polskich wrócić o ile możności w najlepszem zdrowiu ich rodzicom i Ojczyźnie, budującej swą przyszłość na rezultatach wojny. Józef Piłsudski, naczelny wódz«.

Ministerstwo zdrowia. Po ustąpieniu gabinetu Paderewskiego podjęły pewne koła gwałtowną kampanię przeciw istnieniu Ministerstwa zdrowia. W obronie stanęły jednomyślnie wszystkie korporacye lekarskie w całej Polsce z Główną Radą Zdrowia na czele, która na umyślnie zwołanem do Warszawy posiedzeniu plenarnem oświadczyła się 60 głosami przeciw 2 za utrzymaniem Ministerstwa. Takąż uchwałę powzięła wybrana przez Sejm osobna dla tej sprawy komisya. Sejm na posiedzeniu w d. 24. II. odesłał mimo to sprawę do swej komisyi administracyjnej.

Po ustąpieniu ministra Dr Janiszewskiego, który z powrotem objął stanowisko naczelnego lekarza miejskiego i docenta Uniw. w Krakowie, mianowany został kierownikiem Ministerstwa zdrowia podsekretarz stanu Dr Witold Chodźko, b. minister zdrowia w dawniejszych gabinetach.

Ministerstwo ma obecnie nader trudne zadanie w walce z durem plamistym, coraz groźniej zalewającym całą Polskę. Aby walkę skoncentrować, mianowała Rada ministrów generalnym komisarzem do tej walki prof. Dr Emila Godlewskiego jun. z Krakowa, dając mu w tym zakresie władzę nader rozległą; podlegać mu będą osobno ustanowieni komisarze dzielnicowi, jakim na Małopolskę został już mianowany Dr Henryk Trenkner. Państwa sprzymierzone zachodniej Europy i Ameryka ofiarowały znaczną pomoc, jednakże podobno żądając oddania kierownictwa walki w ich ręce.

Ruchliwy Wydział II Ministerstwa zdrowia otworzył w b. Kongresówce 14 przychodni dla chorych wenerycznych (z nich jedną w Warszawie), a zamierza otwierać takie przychodnie także w Małopolsce. Od 15. do 31. marca odbędą się w Warszawie kursy dla lekarzy z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych. (Zgłoszenia do Ministerstwa zdrowia, Wydział II). W Łodzi urządzone będą wkrótce powtórnie kursy dla urzędników sanitarno-obyczajowych.

Wydział walki z alkoholizmem zorganizował w grudniu 1919 pięciodniowy kurs przeciwalkoholowy w Warszawie.

Według wiadomości, rozesłanych przez Polską Agencyę Telegraficzną, uchwaliła 26. II. 1920 Rada ministrów »utworzyć naczelną radę sanitarną, złożoną z szefów sanitarnych poszczególnych ministerstw, mających agendy sanitarne«. Według rozporządzenia, ogłoszonego w Nr 53. »Monitora«, należą do tej Rady szefowie lekarscy Naczelnego Dowództwa, Ministerstw spraw wojskowych, kolei żelaznych i b. dzielnicy pruskiej i naczelny komisarz do zwalczania epidemii, Rada ma prawo kooptować dalszych członków.

Stosunek lekarzy powiatowych do Starostw określiła instrukcya Ministra zdrowia publ. z 27. XI. 1919. Nr XIV. 39969 764/19, podpisana także przez Ministra spraw wewn., a ogłoszona w Nr 285 »Monitora polskiego« z 31. XII. 1919. Według art. 1. tej instrukcyi wchodzą Powiatowe Urzędy zdrowia w skład Starostw, jako ich dział, według art. 5 jest starosta »przełożonym wszystkich urzędników i funkcyonaryuszy Powiatowego Urzędu zdrowia«, oraz »poucza, nadzoruje i kontroluje podporządkowany Starostwu Powiatowy Urząd zdrowia«, a według art. 6. wykonuje starosta władzę dyscyplinarną nad całym personalem Powiatowego Urzędu zdrowia. Wyższą władzą służbową i dyscyplinarną lekarza powiatowego jest według art. 7. w toku instancyi, Ministerstwo zdrowia publicznego. Starosta wydaje i podpisuje wszystkie rozporządzenia i orzeczenia Starostwa, »może« jednak (art. 3) poruczyć lekarzowi powiatowemu w sprawach sanitarnych w swojem zastępstwie wydawanie i podpisywanie zarządzeń i orzeczeń. W wyjątkowo nagłych przypadkach może lekarz wydać sam zarządzenie, ale musi potem w ciągu 48 godzin uzyskać zgodę starosty.

W porównaniu do stosunków, jakie były w Małopolsce pod zaborem austryackim, nie zwiastuje ta instrukcya niestety żadnej zmiany, a nawet jest poniekąd krokiem wstecz.

Okręgowa Rąda zdrowia dla Małopolski, mianowana rozporządzeniem Ministerstwa zdrowia z d. 8. I. 1920, ma skład następujący: poseł sejmowy Dr Bobrowski, profesorowie Ciechanowski, Godlewski, Kostanecki, Krzyształowicz, Nitsch, Nowak, Rosner, Wachholz i st. radca inż. Kłeczek z Krakowa, profesorowie Halban, Panek, Wiczkowski, Łukasiewicz, Gröer, Fiedler, Nadolski, doc. Gąsiorowski, Dr Stahl i Steising ze Lwowa. Prócz tego należą do Rady delegaci Izb lekarskich, Wydziałów lekarskich, dyrektorowie krajowych zakładów leczniczych, delegaci Gremiów aptekarskich, Rad miejskich Lwowa i Krakowa. Przewodniczącym jest Dyrektor okręgowego Urzędu zdrowia. Konstytuujące posiedzenie Rady odbyło się we Lwowie 28. i 29. II. 1920. Przedmiotem obrad była walka z durem plamistym, sprawozdanie ze stanu epidemii, sprawozdanie o ustroju sanitarnym Małopolski i i. Rada dzieli się na sekcyę lwowską i krakowską.

Z Uniwersytetów. W Uniwersytecie krakowskim mianowany został doc. Dr Władysław Szumowski z Warszawy zwyczajnym profesorem historyi i filozofii medycyny. W Uniwersytecie lwowskim habilitował się z zakresu dermatologii prymaryusz Dr Jan Lenartowicz.

Z Towarzystw lekarskich. Wybory Zarządów na r. 1920 dały następujący wynik: W krakowskiem Towarzystwie lekarskiem: prezes prof. Dr Rosner, wiceprezes prym. Dr Kostrzewski, sekretarz doroczny Dr Szymanowicz, sekretarz stały doc. Dr Zubrzycki, skarbnik Dr Akerman, gospodarz doc. Dr Seńkowski. W Towarzystwie lekarskiem lwowskiem: prezes prof. Dr Nowicki, wiceprezes prezydent Izby Dr Papée, sekretarka doroczna Dr Schusterówna, sekretarz stały Dr Bocheński, skarbnik prof Dr Zalewski, bibliotekarz prof. Dr Groer, gospodarz Dr Trzcieniecki. W Towarzystwie lekarskiem łódzkiem: prezes Dr S. Sterling, wiceprezes Dr Koliński, sekretarze Dr J. Michalski i Dr F. Klozenberg, skarbnik Dr T. Mogilnicki, bibliotekarz I. Dr Z. Prechner, bibliotekarz II. Dr Z. Golc. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem: prezes prof. Dr Dmochowski, wiceprezes Dr St. Orłowski, sekretarz doroczny Dr Wiśniewski, skarbnik Dr L. Babiński. W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie: prezes Dr W. Starkiewicz, wiceprezes Dr W. Kamocki, sekretarz Dr Szerypo.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich rozesłało odezwę do lekarzy w Małopolsce, zapraszającą do przystępowania i wzywającą do podtrzymania obu małopolskich czasopism lekarskich, organów Towarzystwa.

Rada zawiadowcza tego Towarzystwa odbyła 28. II. 1920 posiedzenie, którego głównym przedmiotem było sprawozdanie kasowe za r. 1919 (wkrótce mające wyjść w »Tygodniku lekarskim«), sprawy Morszyna i zmiany statutu. Nazwa Towarzystwa została zmieniona na »Polskie Towarzystwo lekarzy małopolskich«.

W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem ożywił się dzięki staraniom obecnego prezesa nadzwyczajnie ruch naukowy. Oprócz zwykłych posiedzeń naukowych, poświęconych medycynie, odbywają się zebrania czwartkowe z prelekcyami z dziedzin pogranicznych (przyroda, filozofia, ale także i literatura, o ile ma styczność z medycyną). W lutym przez dwa dni odbyły się posiedzenia poświęcone sprawie gruźlicy, na których mieli wykłady Dr S. Sterling z Łodzi, prof. Wiczkowski i dyrektor Dr Mikołajski ze Lwowa, Dr Kuczewski z Zakopanego.

We Lwowie wznowiło swą czynność Ukraińskie Towarzystwo lekarskie. Prezesem na r. 1920 został wybrany Dr Kurowiec.

Zjazdy. We Lwowie ma się w 25. i 26. III. odbyć Zjazd zdrojowisk i uzdrowisk polskich staraniem Krajowego Związku zdrojowisk (Lwów, Batorego 34). Dotąd zgłoszono 11 referatów.

W Poznaniu ma się odbyć w pierwszej połowie kwietnia III Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Komitetowi organizacyjnemu poznańskiemu przewodniczy Dr Skoczyński.

Zjazd lekarzy urzędowych celem utworzenia Związku państwowego odbył się w Warszawie w d. 4.—6. I. 1920. Sprawozdania ze Zjazdu nie otrzymaliśmy.

Ze szpitalnictwa. Dyrektorem szpitala krajowego we Lwowie został mianowany Dr Kalikst Krzyżanowski.

Obsadzenie takiejże posady w Krakowie, oddawna wakującej, jest rzeczą naglącą.

Konkursa i wolne posady. Rozpisano konkurs na posadę asystenta przy instytucie weterynaryjno-mikrobiologicznym Uniw. Jagiell. w Krakowie. Zgłoszenia do Dziekanatu Wydziału lekarskiego.

Wakuje korzystna posada lekarza górniczego w Małopolsce. Zgłoszenia do Redakcyi »Przeglądu lek.«.

Fundacye i zapisy lekarzy polskich. Dr Stanisław Kopczyński, naczelnik Wydziału higieny szkolnej w Ministerstwie zdrowia, ofiarował Warszawskiemu Towarzystwu lekarskiemu 10.000 rubli na fundusz nagród za prace naukowe lub wybitną działalność na polu higieny szkolnej.

Zmarły niedawno Dr Adolf Dietzius, burmistrz m. Jarosławia, zapisał cały swój majątek dla sierot, starców i nieuleczalnie chorych.

Od Redakcyi. Redakcya prosi wszystkich czytelników, rozporządzających czasopismami lekarskiemi zagranicznemi, które dziś są trudno dostępne, a przychodzą nieregularnie, by nadsyłali streszczenia z piśmiennictw obcych na ręce prof. Dr K. W. Majewskiego (ul. Dunajewskiego 6, Kraków).

Od Administracyi. Przedpłata 60 kor. dotyczy tylko tych lekarzy, którzy nie są członkami Towarzystw lekarskich Małopolskich; ci bowiem otrzymują oba organa tych Towarzystw, płacić jednak muszą wkładki członkowskie wyższe.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Konkurs.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego

ogłasza niniejszym **konkurs na posadę Dyrektora Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Busku.**
Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się:

1. polskiem obywatelstwem,
2. nieposzlakowanem życiem,
3. świadectwami z ukończenia szkół wyższych, względnie średnich,
4. odbytą praktyką w zakładach kąpielowych.

Do posady tej przywiązane są pobory kategorji V a płaca t. j. pensja zasadnicza 10.800 mk. rocznie, dodatek ekonomiczny wojenny 3600 mk. rocznie, oraz prawo do ustalonych uchwałą sejmową dodatków wojenno-drożyźnianych dla tej kategorji płac urzędników państwowych, dalej mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Podania należycie udokumentowane wraz z odpisem przebiegu życia i ewentualnemi pracami naukowemi należy wnosić najpóźniej do **dnia 15 marca b. r. do Ministerstwa Zdrowia Publicznego W. VIII, w Warszawie, Al. Belwederska 3.** 42

L: 80/pr. Lwów, 20 lutego 1920

KONKURS

na 26 posad lekarzy panstwowych w IX i 5 posad w X klasie rangi w Małopolsce.

Od kandydatów jest wymagane:

1. obywatelstwo polskie;
2. doktorat wszech nauk lekarskich, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. przynajmniej dwuletnia praktyka zawodowa po ukończeniu studjów;
4. świadectwo zdrowia wydane przez lekarza urzędowego;
5. egzamin fizykacki;
6. nieprzekroczony 40 rok życia. W razie braku kandydatów posiadających powyższe warunki mogą za specyalnem zezwoleniem Ministerstwa Zdrowia Publicznego, zostać przyjęci do służby także kandydaci bez egzaminu fizykalnego, oraz tacy, którzy przekroczyli 40 rok życia, szczególnie, jeżeli wykażą, że przez czas dłuższy pracowali w innych gałęziach publicznej służby zdrowia, zwłaszcza jako lekarze okręgowi i miejscy.

Do podania należy dołączyć curriculum vitae, oraz oświadczenie, na którą z wymienionych posad kandydat reflektuje, i czy w danym razie godzi się na przyjęcie posady w niższej randze, a ponadto deklarację, że obejmie bezzwłocznie każde wyznaczone mu stanowisko służbowe.

Podania należy wnosić w terminie do 15 marca 1920 do Okręgowego Urzędu Zdrowia we Lwowie.

Generalny Delegat Rządu:

243 *Gałecki* w. r.

MAGISTRAT
król. wolnego miasta Przemyśla Przemyśl dnia 20 lutego 1920

L: 2992/20

KONKURS.

Magistrat miasta Przemyśla rozpisuje konkurs na posady dwóch lekarzy miejskich, jednego z poborami VIII a drugiego IX klasy rangi urzędników państwowych z prawem do awansu i emerytury.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać:

1. obywatelstwo polskie
2. dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3. dotychczasową praktykę w zawodzie lekarskim i ewentualną specyalizacyę,
4. nieskazitelność charakteru,
5. nieprzekroczony 40 rok życia.

Ubiegający się o posadę lekarza VII klasy rangi winni ponadto wykazać się egzaminem fizykackim z posadą zaś lekarza miejskiego IX klasy rangi połączony będzie obowiązek zamieszkania w dzielnicy Zasanie.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu w terminie do 20 marca 1920.

Burmistrz

242 *Kostrzewski.*

Ministerstwo Zdrowia Publicznego

podaje do wiadomości 41

że w Łomży wakuje posada okręgowego inspektora mieszkaniowego,

na którą reflektować mogą osoby z wyższem wykształceniem: lekarze, inżynierowie, prawnicy. Kandydaci winni zgłaszać się do Wydziału Spraw Osiedleńczych i mieszkaniowych Ministerstwa Zdrowia Publicznego aleja Belwederska Nr. 135b. korpus kadetów.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 2. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28
Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 7.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 413 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń za wiersz ośmiołamowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K = Marek 3·50.

Kilka uwag w sprawie leczenia słonecznego gruźlicy płuc [1])

podał **Karol Rozenfeld** (Częstochowa).

Słynne badania Rolliera (1) nietylko dokonały przewrotu w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, ale nadto stały się punktem zwrotnym w pojęciach naszych o działaniu promieni słonecznych na ustrój człowieka. Wysunęły one helioterapię na czoło innych metod leczenia fizycznego i zachęciły szersze koła lekarzy do nowych prób i doświadczeń. Świeżym wyrazem tego ruchu są próby stosowania kąpieli słonecznych w leczeniu gruźlicy płucnej. Pod tym względem w zapatrywaniach lekarzy zaszła dość wybitna zmiana. Jeszcze nie tak dawno sądziliśmy, że promienie słoneczne drażnią schorzałą tkankę płucną i wywołując przekrwienie, pogarszają sprawę. Dzisiaj zaczynamy wpadać w inną ostateczność. Zapominamy często o dawnych obawach i biorąc za wzór leczenie gruźlicy chirurgicznej, przepisujemy chorym w różnych okresach cierpienia kąpiele słoneczne, czasami nawet bez bliższych zastrzeżeń i ograniczeń. Prócz tego wiara w zbawienny wpływ słońca rozpowszechnia się coraz więcej wśród szerszego ogółu, skutkiem czego wielu chorych wraz z nastaniem pory letniej bierze kąpiele słoneczne bez wiedzy i rady lekarza. Oczywista, że w takich warunkach helioterapia, stosowana przygodnie, bez należytych ostrożności i ścisłego uwzględnienia wskazań, nietylko nie osiągnie zamierzonego celu, ale często choremu zaszkodzi. Bo jeżeli u zdrowego człowieka słońce wywołuje nieraz cały szereg dość ciężkich zaburzeń, to tem bardziej jest to możliwe przy wzmożonej ogólnie wrażliwości, jaka cechuje ustrój suchotnika. W jednym spostrzeganym przezemnie przypadku chory z gruźlicą trzeciego stopnia, względnie podgojoną, zaczął brać kąpiele słoneczne z własnej inicyatywy. Po czwartej kąpieli, z których każda trwała przeszło 2 godziny, dostał silnego krwioplucia i gorączki, która ustąpiła dopiero po trzech tygodniach. Kilku innych chorych po każdem naświetlaniu doznawało zmęczenia, które nie opuszczało ich wcale w ciągu kilkutygodniowego leczenia. Wynikiem było pogorszenie stanu ogólnego i sprawy miejscowej.

Widzimy więc, że sprawa jest aktualną i na tyle ważną, że warto jej kilka słów poświęcić. Zaraz na wstępie nasuwa się pytanie, czy próby słonecznego leczenia gruźlicy płucnej mają ściśle naukową kliniczną podstawę? Odpowiedzi musimy szukać w pracach autorów francuskich, którzy najwięcej tą sprawą się zajmowali. Malgat (2) z Nicei, jeden z pierwszych, którzy zaczęli stosować leczenie słoneczne w gruźlicy płuc u dzieci i dorosłych, przypisuje niejednakowy wpływ fizyologiczny i leczniczy różnym składowym częściom widma słonecznego i w harmonijnem ich współdziałaniu upatruje uniwersalny środek zapobiegania i zwalczania wszystkich cierpień gruźliczych. »La cure solaire, si simple et si facile à suivre, donne chez les enfants de un mois à dix ans, atteints de tuberculose pulmonaire des résultats que j'ose qualifier de merveilleux« powtarza autor w kilku miejscach swej pracy. Wyniki 150 spostrzeżeń streszcza Malgat w następujący sposób: w okresie poprzedzającym rozwój gruźlicy płuc (prétuberculose) i w gruźlicy pierwszego stopnia leczenie słoneczne daje 100% uzdrowień, w gruźlicy drugiego stopnia 65%, w trzecim okresie daje jeszcze 25% wyników dodatnich. Nie chcę kwestyonować słuszności spostrzeżeń Malgata, ale charakter całej pracy, dowolność w przypisywaniu promieniom słonecznym tego lub innego działania, zupełny brak charakterystyki chorych, wreszcie nieuwzględnianie innych współtowarzyszących czynników leczenia, — wszystko to budzi w czytelniku poważną wątpliwość. Inni autorzy, że wymienię Rolliera, Burnarda, Silliga, Henslera, Morina, których poglądy zebrane są w rozprawie Aimesa (3), stwierdzają ogólnie krzepiący wpływ światła słonecznego na chorych gruźliczych i zwiększoną zdolność obronną ustroju. Armand-Delille (4) w swojej monografii podaje, że widział dziewczynkę z gruźlicą rozpadową płuc, u której naświetlanie całego ciała, po bardzo silnem opaleniu się skóry, powstrzymało dalszy rozwój choroby i wywołało wybitną poprawę ogólną. Większość jednak autorów stoi na tem stanowisku, że do leczenia słonecznego nadają się tylko niektóre postaci gruźlicy płuc, w innych zaś może być ono niebezpieczne i nawet zgubne. Podług Henslera leczenie to jest przedewszystkiem wskazane po zapaleniu opłucnej, dalej w postaciach włóknistych, przewlekłych nieżytach oskrzeli, wreszcie przy jamach płuc, jeżeli mają trwały, niezmienny charakter. Przeciwwskazanie stanowią: gorączka, wychudnienie, nadpobudliwość nerwowa, skłonność do krwioplucia i okres miesiączki u kobiet (Armand-Delille). Zresztą co do krwioplucia zdania, są podzielone. Rollier podobno spostrzegał przypadki, w których krwotoki ustępowały zupełnie pod wpływem leczenia słonecznego.

Ale oprócz gorących zwolenników helioterapii, którzy chcieliby zakres jej w praktyce codziennej jak najwięcej rozszerzyć, nie brak głosów ostrzegawczych, a nawet przeciwnych. W r. 1914 d'Oelsnitz (5) z Nicei wystąpił z artykułem, w którym, nie zapoznając bynajmniej dobroczynnego wpływu słońca w różnych cierpieniach gruźliczych, pragnie nową metodę leczniczą oprzeć na racyonalnej i krytycznej podstawie. Podług tego autora stosowanie helioterapii w gruźlicy płuc wymaga szczególnej ostrożności ze strony lekarza, ponieważ leczenie niewłaściwe lub zbyt energiczne może mieć bardzo szkodliwe następstwa. Wskutek silnego odczynu zapalnego ognisko chorobne może się powiększyć i cała sprawa znacznie się pogorszyć. Niektóre ciężkie objawy, spostrzegane w czasie leczenia, d'Oelsnitz przypisuje zbyt silnemu działaniu promieni słonecznych. Należą tutaj krwotoki przy niektórych postaciach gruźlicy narządów wewnętrznych oraz objawy szybko przemijającej niedrożności jelit przy gruźlicy otrzewnej. W wyjątkowych razach u dzieci z małemi skrytemi dotychczas ogniskami może nastąpić zapalenie opon mózgowych i uogólnienie gruźlicy. Wreszcie nadmienia autor, że niektóre dzieci, doskonale znoszące powietrze i kąpiele morskie, chudną szybko nawet przy ostrożnem stosowaniu leczenia słonecznego.

Chcąc wykazać, jak dalece niezgodną jest pod tym względem opinia autorów, pozwolę sobie przytoczyć jeszcze świeży głos Dufourta (6). Autor u większości dzieci spostrzegał występowanie odczynu, który zmuszał go do zaprzestania leczenia. Charakter odczynu zależał zawsze od rodzaju cierpienia podstawowego. U jednych dzieci zjawiały się świsty lub rzężenia wilgotne, u drugich — tarcie opłucnej, u innych wreszcie trzeszczenia i ból w klatce piersiowej. Zdaniem Dufourta, leczenie słoneczne, podobnie jak jod i tuberkulina, ujawnia ogniska skryte i nieuchwytne nawet dla promieni Röntgena. U wielu dzieci ciepłota w dni naświetlań słonecznych podnosiła się o $0{\cdot}5^0 - 0{\cdot}8^0$ ponad zwykły poziom. Na podstawie własnego doświadczenia Dufourt dochodzi do wniosku, że do leczenia słonecznego nadają się tylko przypadki niepowikłanej gruźlicy gruczołów śródpiersia. U osób, dotkniętych cierpieniem gruczołowo-płucnem, leczenie to jest najczęściej szkodliwe (la plupart sont indiscutablement aggravés).

Krótki przegląd piśmiennictwa, w którym zestawiłem biegunowo sprzeczne poglądy Malgata i Dufourta, dowodzi najlepiej, że sprawa leczenia słonecznego gruźlicy płucnej nie jest dotychczas rozstrzygnięta. Powtarza się odwieczna historya w dziejach rozwoju naszej sztuki lekarskiej: świetne wyniki leczenia w rękach twórców i inicyatorów pewnej metody leczniczej, wyniki ujemne i niepomyślne w rękach następców. I nic dziwnego. Dopóki ocena skuteczności tego lub innego środka opierać się będzie na luźnych wrażeniach, a nie na materyale opracowanym naukowo, krytycznie, dopóty sądy nasze nie będą miały dostatecznej pewności, nie będą wolne od wpływu okoliczności przypadkowych ubocznych. Mamy przed sobą zjawisko niezmiernie złożone, w którem współdziałają i krzyżują się najrozmaitsze czynniki. Obserwacya dorywcza, bezplanowa, nie ujęta w ramy ścisłego badania, nie pozwoli orzec w poszczególnym przypadku, co właściwie przypisać mamy działaniu promieni słonecznych, a co położyć na karb innych czynników współdziałających, n. p. świeżego powietrza, leżenia, forsownego odżywiania się, spokoju i t. p. Że czynniki te w leczeniu słonecznem grają ważną rolę, za dowód mogą służyć spostrzeżenia Spitzmüllera i Peterka (7). Lekarze ci stwierdzili, że największą korzyść z leczenia słonecznego w gruźlicy chirurgicznej i zołzach odnosiły dzieci ze sfer najuboższych, wyrwane z suteren i nędzy. Skutek, bardzo pomyślny w początkach leczenia, stawał się coraz mniej wyraźnym w okresie późniejszym, w miarę przyzwyczajenia się ustroju do nowych warunków.

Zadanie nasze byłoby wielce ułatwione, gdybyśmy znali dokładnie działanie promieni słonecznych na ustrój człowieka w warunkach prawidłowych i patologicznych. Niestety przy obecnym stanie nauki nie wybiegamy poza zakres mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeń i zarówno w tłumaczeniu wielu zjawisk, jak i w udzielaniu chorym wskazówek musimy poprzestawać na faktach, empirycznie zdobytych. Nie wiemy dokładnie, jaki jest wpływ fizyologiczny różnych składowych części widma słonecznego, jak głęboko przenikają w tkanki po-

[1]) Rzecz wygłoszona na posiedzeniu częstochowskiego Towarzystwa lekarskiego w d. 20. września 1919 r.

szczególne promienie i jakie w nich wywołują zmiany. Między autorami niema nawet zgody w tak ważnej sprawie, jak powstawanie i znaczenie zmian barwikowych skóry pod wpływem promieni chemicznych, zwłaszcza pozafiołkowych, którym zapewne helioterapia najwięcej zawdzięcza swoje działanie lecznicze. Rollier, a z nim większość lekarzy francuzkich sądzi, że łatwe opalanie się skóry jest wskaźnikiem odporności ustroju i bardzo ważnym czynnikiem poprawy. Przeciwnie Lenkei (8) w silnem zabarwieniu skóry upatruje niepożądane zakłócenie leczenia i w miarę możności usiłuje mu zapobiedz. Vulpius (9) w sanatoryum Rappenau spostrzegał znakomity wpływ helioterapii w gruźlicy chirurgicznej u ludzi, którzy nie opalali się wcale. Doświadczenie i powaga Rolliera są jednak tak wielkie, że ze zdaniem jego musimy się liczyć.

Jeszcze mniej dokładne są wiadomości nasze o znaczeniu różnych czynników atmosferycznych, które tak czy owak mogą modyfikować działanie promieni słonecznych i wpływać na wynik leczenia. Pomijam sprawę tak zasadniczą, jak geograficzne położenie dane miejscowości, jej wysokość nad poziomem morza, ale nawet takie czynniki niestałe, ulegające ciągłym wahaniom, jak ciepłota, stan wilgoci, elektryczności, ciśnienie barometryczne, — mogą grać tutaj niepoślednią rolę.

Widzimy zatem, że obecny stan fizyologii nie daje żadnych zgoła wskazówek, któreby mogły dopomódz w rozwiązaniu zajmującego nas tu zagadnienia. Nie przeszkadzałoby to w zasadzie iść śladem chirurgów, korzystać z ich doświadczenia i stosować empirycznie nową metodę leczniczą. Niestety doświadczenie dotychczasowe, niedość ścisłe i sprzeczne, nakazuje dużą powściągliwość. Zapewne każdy z nas spostrzegał przypadki, w których słońce zdawało się wywierać wpływ pomyślny na przebieg gruźlicy płucnej. Ale szersze uogólnienia lub wnioski przez analogię, upatrujące w promieniach słonecznych jakiś środek swoisty, nie miałyby ściśle naukowej podstawy. Zdaje mi się nawet, że gdyby w piśmiennictwie zapanowała na całej linii zgoda, gdyby udało się porozumieć co do wskazań lekarskich i ujednostajnić techniczną stronę samego leczenia, to i wówczas jeszcze sprawa nie byłaby wyczerpana. D'Oelsnitz powiada, że przy leczeniu słonecznem dają się często spostrzegać przypadki, w których wszelkie przewidywania zawodzą. Czasami sprawa poważna wbrew oczekiwaniu goi się dobrze, natomiast jakieś małe ognisko opiera się wszelkim próbom leczenia i pozostaje bez zmiany. To też podług d'Oelsnitza cierpienie gruźlicze samo przez się, jego charakter rozwojowy i własności anatomiczne nie zawsze mogą służyć za podstawę dla wskazań lekarskich. Tak samo nie daje bezwzględnej miary — gorączka. Oczywiście, wszystkie postacie gruźlicy ostrej z przebiegiem gorączkowym nie nadają się stanowczo do leczenia słońcem. Byłoby jednak zbytkiem ostrożności uważać za przeciwwskazanie niewielkie wzniesienie ciepłoty w niektórych postaciach gruźlicy przewlekłej. Niedawno miałem sposobność spostrzegać następujący przypadek. W październiku 1918 r. zgłosiła się do mnie 17-letnia panna ze wsi z niewielkim naciekiem szczytu prawego płuca, słabemi rzężeniami po kaszlu i maleńkim gruczołem zropiałym na twarzy. Ogólny stan był względnie dobry, ciepłota wahała się wieczorami od 37·4° do 37·6°. Mimo dobrych warunków, spokoju, leżenia na powietrzu po kilka godzin dziennie, stan podgorączkowy trwał z małemi przerwami do lipca r. b.; zaleciłem wówczas leczenie słoneczne podług wzoru Rolliera. Po 3-tygodniowem leczeniu, kiedy naświetlanie klatki piersiowej doszło do 40 minut, ciepłota spadła poniżej 37° i chora zaczęła poprawiać się szybko.

Daleki jestem od wysnuwania stąd szerszych uogólnień, tem więcej, że w innym analogicznym przypadku gorączka zamiast opadać, jeszcze się zwiększyła i wystąpiło pogorszenie objawów miejscowych. Stwierdzam tylko, jak trudno tutaj ustalić naprzód wskazania lekarskie i przewidzieć skuteczność leczenia. Bardzo dużo zależy od indywidualności chorego. Są ludzie, którzy znoszą doskonale działanie promieni słonecznych, kiedy u innych już kilka naświetlań wywołuje silny odczyn w postaci różnych zaburzeń czynnościowych. Nawet taki optymista, jak Malgat, przyznaje, że niektóre dzieci nie mogą przystosować się do działania słońca i już po 20 minutach skarżą się na osłabienie, zmęczenie. To też szablonowe i bezkrytyczne naśladowanie w praktyce wzorów, czerpanych z doświadczenia chirurgów, wobec odmiennego biologicznego charakteru gruźlicy chirurgicznej i płucnej, może mieć bardzo przykre następstwa. Rozpoczynanie leczenia od naświetlań odrazu całego ciała w ciągu ½—1 godziny i doprowadzanie ich po opaleniu się skóry do 4—5 godzin dziennie, jak to czynił z powodzeniem w gruźlicy chirurgicznej kol. Wrześniowski (10), choremu z cierpieniem płucnem łatwo może zaszkodzić. Jeżeli więc decydujemy się na zastosowanie w poszczególnym przypadku leczenia słonecznego, opierając się w wyborze chorych na skreślonych ogólnie wytycznych, powinniśmy zapoznać się przedewszystkiem z indywidualnością chorego, określić, że tak powiem, tolerancyę jego na działanie promieni słonecznych. Jak przy leczeniu tuberkuliną, konieczną jest tutaj ostrożność i baczność ze strony lekarza. Zaczynając od naświetlań krótkich, kilkuminutowych, kierując się stale objawami miejscowego i ogólnego odczynu, możemy stopniowo zwiększyć powierzchnię ciała, wystawioną na działanie słońca, i czas trwania naświetlań. Jeżeli ognisko miejscowe oddziaływa zbyt silnie, leczenie powinno być natychmiast przerwane. Cenne i ciekawe wskazówki daje systematyczne badanie ciepłoty, tętna i oddechu przed i po naświetlaniu. Malgat podaje, że naświetlanie 20-minutowe u ludzi zdrowych i gruźliczych, dobrze znoszących wpływ słońca, zwiększa nieznacznie częstość oddechu, tętna i obniża ciśnienie krwi. Ciepłota, mierzona w ustach, na razie pozostaje bez zmiany, dopiero po 3 godzinach podnosi się o 0·1°—0·7°. Każde zboczenie krzywej od typu, ustalonego przed rozpoczęciem leczenia oraz w okresie pomyślnego działania słońca, łatwo zwróci uwagę lekarza i stanowić będzie ważną dla niego przestrogę.

Stały przyrost wagi oraz silne opalenie się skóry wielu autorów zalicza do najważniejszych, klasycznych oznak skuteczności leczenia. D'Oelsnitz posługuje się w tym celu próbą tuberkulinową. Peryodyczne szczepienia przekonały go, że odczyn, początkowo bardzo słaby u ciężko chorych, wzmacniał się szybko u ludzi, którzy dobrze znosili wpływ słońca i poprawiali się pod wpływem leczenia. Krytyczna ocena wszystkich tych objawów pozwoli w każdym przypadku nietylko zmienić i poprawić z góry powzięte wskazanie, ale co więcej, pokieruje racyonalnie planem samego leczenia. Zamiast z góry ułożonego schematu lub wzoru, drogowskazem będzie indywidualność chorego.

Piśmiennictwo. 1) Rollier. Congr. de la Tuberc. 1905. Verhandl. d. IV. intern. Kongr. f. Physiother. 1913. — 2) Malgat w dziele: Les cures d'eaux, d'air et de Régimes chez les enfants. Paris 1910. — 3) Aimes. L'héliotherapie, thése Montpellier. Paris 1913. — 4) Armand-Delille. L'héliothérapie. Monographie clinique. Paris 1914. — 5) d'Oelsnitz. Rev. gén. de la Méd. franç. (w języku rosyjskim) Nr 5. Paris 1914. — 6) Dufourt. Presse méd. Nr 47. 25. VIII. 1915. — 7) Spitzmüller u. Peterka. Wien. klin. Woch. Nr 20. 16. V. 1912. — 8) i 9). Vulpius. Verhandl. des IV internat. Kongr. für Physiother. 1913. — 10) Wrześniowski. Gaz. lek. Nr 16. 1917.

W sprawie dyetetyki skazy moczanowej

podał **Dr Zenon Pelczar.**

(Wykład na III Zjeździe balneologów polskich w Krakowie d. 5. V. 1914)

Leczenie i zapobieganie chorobom przemiany materyi musi polegać na unikaniu w odżywianiu ustroju wszelkich tych materyałów, których dowóz sprawia ustrojowi wprost szkodę, lub których ustrój należycie przerabiać nie potrafi. Stąd też jeśli w jakim, to przedewszystkiem w zakresie tych cierpień występują na pierwszy plan zasady racyonalnej dyetetyki, która po dziś dzień na ogół zbyt mało była uwzględniana i zasadniczo nieustalona nierzadko była przyczyną zamieszania pojęć, a nawet sprzeczności wśród poszczególnych szkół czy lekarzy.

Do chorób przemiany materyi należy w pierwszej linii t. zw. dna w postaci ostrej czy przewlekłej jako dna stawów (arthritis urica) w odróżnieniu do t. z. zniekształtniającego przewlekłego zapalenia stawów (arthritis deformans), oraz od t. zw. skazy nerkowej, czyto moczanowej, czy szczawianowej, czy fosforanowej.

Zapatrywania na powstawanie i istotę skazy moczanowej uległy w ostatnich latach radykalnej zmianie, stąd też i pewne zamieszanie pojęć, a nieraz i sprzeczności w postępowaniu tak dyetetycznem, jak i leczniczem. Dzisiaj powszechnie już wiadomo, że w skazie moczanowej chodzi głównie o zaburzenia w przemianie t. zw. ciał purynowych. Ciałami purynowemi zwiemy wszystkie te ciała, które z puryny się wywodzą, a zatem kwas moczowy, podobnie jak zasady, ksantyna, hypoksantyna, guanina, adenina, kofeina i teobromina. Kwas moczowy, który stale znajdujemy we krwi i moczu nawet człowieka zdrowego, jest u człowieka dotkniętego tą skazą stale wzmożony. Kwas moczowy znajdujący się we krwi jest dwojakiego pochodzenia. Z jednej strony powstaje ze składników białkowych ustroju (endogen), z drugiej strony źródłem jego jest pożywienie białkowe (exogen).

U człowieka dotkniętego dną, kwas moczowy endogeniczny znajduje się we krwi w granicach prawidłowych, a jego nadmiar przypisać należy tylko pokarmom zawierającym purynę. Nawet jednak przy pożywieniu zawierającem mało puryny, znajdujemy zwiększoną ilość kwasu moczowego we krwi skutkiem zmniejszenia fermentów rozkładających kwas moczowy i zmian jego wydzielania. Zdrowy n. p. człowiek przy obfitem pożywieniu purynowem wydziela w krótkim czasie nadmiernie wytworzony kwas moczowy, natomiast u człowieka dotkniętego skazą moczanową wielka ilość kwasu moczowego pozostaje we krwi. Stan taki nazywamy urykemią. W moczu znajdujemy wówczas równocześnie zmniejszoną ilość kwasu moczowego, co się najczęściej zdarza przed napadem i w czasie napadu ostrej dny.

We krwi w warunkach prawidłowych znajduje się około 18 mlgr. kwasu moczowego w postaci moczanu sodowego na 100 części krwi. Jeśli we krwi nagromadzi się większa ilość kwasu moczowego, następuje osadzanie się go w tkankach. Gdy w stanach chorobowych po napadzie ostrej dny wytworzą się złogi, to w tem miejscu następuje zwyczajny odczyn zapalny, nagromadzają się wielojądrzaste leukocyty i kryształki znikają z czasem częściowo przez fagocytozę, częściowo rozpuszczają się we krwi. Doświadczenia Pfeifera z podawaniem wówczas — t. j. w chwili tworzenia się złogów — kwasu solnego lub alkaliów, pozwalają dojść do przekonania, że kwas solny, wówczas podawany, może przerwać napad, gdy przeciwnie alkalia wywołują większe podrażnienie.

Z powyższych zapatrywań i doświadczeń wypływają wskazówki co do postępowania dyetetycznego w skazie moczanowej.

Ponieważ ciała purynowe są właśnie tym czynnikiem, który wywołuje nadmiar kwasu moczowego względnie jego soli we krwi, musimy u ludzi mających skłonność do dny usunąć z dyety pokarmy, zawierające ciała purynowe.

Ze ścisłych rozbiorów Bessau i Schmida, Walker Halla-Hessego i innych wynika, że bardzo wiele pokarmów, których dawniej chorym dnawym zakazywano, jest niewinnych, natomiast inne zawierają duży odsetek ciał purynowych i dlatego są przeciwwskazane u tego rodzaju chorych. Z badań tych wynika, że n. p. robienie różnicy między mięsem białem a czarnem jest niesłuszne, dalej, że mięso ryb rzecznych czy morskich zawiera więcej puryny, niż mięso zwierząt domowych.

Trudno tu przytaczać rozbiór wszystkich pokarmów; ograniczę się tylko do najzwyklejszych, a w naszym klimacie używanych. I tak zawiera: wołowina 0·175—0·189 puryny, baranina 0·189—0·191, cielęcina 0·178—0·180, wieprzowina 0·181—0·185, kura 0·186, gołąb 0·182, sarnina 0·154, ryby 0·201—0·222, kawior 0·110, szynka 0·138, wyciąg mięsny 2·0—5·0, grasica 1·308, wątroba 0·372, nerki 0·320, mózg 0·233.

Z jarzyn nie zawierają puryny: ryż, bułka, tapioka, ogórki, sałata, cebula, kapusta; zawierają zaś: groszek 0·079, groch 0·076, soczewica 0·075, szparagi 0·025, ziemniaki 0·019, marchew 0·007, fasolka szparagowa ślady. Mleko zawiera 0·010, jaja ślady, grzyby 0·06. Owoce wszystkie nie zawierają puryny, sery mało lub wcale.

Kawa, herbata i kakao zawierają bardzo duże ilości ciał purynowych, jednak w formie t. zw. metyl-puryny, która tylko w minimalnej ilości przechodzi w kwas moczowy i wskutek tego niema większego znaczenia.

Znając sposób powstawania w ustroju kwasu moczowego oraz skład pokarmów, możemy postawić pewne zasady, wędług których chory dnowy powinien być żywiony. Ma się rozumieć, że wskazówki te nie mogą być bezwzględne i ścisłe, a powinny uwzględniać siły chorego, ewentualne powikłania i t. p.

Według Brugscha wzór takiej dyety jest następujący:

Pierwsze śniadanie: kawa bez kofeiny z 50 gr. śmietanki lub 100 gr. mleka, 150 gr. białego chleba, 25—50 gr. masła, 25—50 gr. miodu lub marmolady.

Drugie śniadanie: 2 jaja lub 50—100 gr. sera (zwykłego lub zagranicznego bez różnicy), bułka i 50—70 gr. masła.

Obiad: 300 gr. zupy jarzynowej lub owocowej lub kleiku. 150 gr. ziemniaków, 150 gr. zielonej jarzyny lub sałaty, 200 gr. legominy.

Podwieczorek, jak śniadanie.

Wieczerza: omlet lub legumina, 100 gr. chleba, 50 gr. masła, 50 gr. sera, 100 gr. owoców.

Potrawy tu zestawione dają około 3000 kaloryi, a nie wytwarzają kwasu moczowego i są przykładem dyety bezpurynowej względnie zawierającej mało puryn. Dyeta powyższa powinna bezwzględnie być stosowana w czasie ostrego napadu dny i w czasie ponapadowym. W późniejszych okresach można podawać około 200—300 gr. mięsa bez różnicy, czy jest czarne, czy białe, z uwagą tylko, by mięso podawać tylko raz dziennie, i to w południe. Chorzy na dnę nie powinni pod żadnym warunkiem wieczorem jadać mięsa z tego względu, że w nocy, w czasie spoczynku, kwas moczowy najmniej wydziela się z moczem, a obficiej nagromadza się we krwi, natomiast jego wydzielanie w godzinach rannych jest najsilniejsze.

Tkanki gruczołowe, ryby, skorupiaki, ostrygi, powinny być bezwzględnie zakazane. Mięso gotowane, ponieważ przez gotowanie prawie 50% ciał purynowych traci, zdrowsze będzie dla chorego na dnę, niż mięso pieczone.

Alkohole nie tyle same przez się wywierają szkodliwy wpływ u dnawych, ile przez to, że wywołują zaburzenia w przemianie ciał purynowych. Z napojów wyskokowych najszkodliwszy jest szampan i ciężkie piwa; w miernych ilościach zgodzić się można na lekkie wina, wina owocowe oraz mierne ilości lekkiego piwa, lepiej jednak i tych napojów choremu zabronić.

Ostre korzenie, tak dzisiaj w sprawach dnawych proskrybowane, właściwie nie zawierają ciał purynowych, szkodliwe są natomiast przez swoje działanie drażniące przewód pokarmowy i nerki, oraz przez pobudzanie nadmiernego apetytu.

Pamiętając, że chorym dnawym szkodzą nie pokarmy białkowate lecz purynowe, musimy też w dyecie ograniczać i pewne pokarmy roślinne, zawierające ciała purynowe; w niedużych przeto tylko ilościach powinno się podawać rośliny strączkowe, jak fasola szparagowa, soczewica, groch oraz szpinak. W każdym jednak razie obok tłuszczów, mleka, pieczywa białego, ryżu, dozwolone są wszystkie jarzyny i owoce. Przestrzedz wszakże trzeba przed nadmiarem owoców, przed niedawno modnemi kuracyami cytrynowemi, pomarańczami, winogronowemi lub ściśle owocowemi już z tego samego względu, że te kuracye łatwo wywołują zaburzenia jelitowe, oraz że alkalizując krew, zmniejszają rozpuszczalność moczanów we krwi i przyczynić się mogą do powstania zapalnych ognisk ze złogami moczanów. Z tego samego powodu, wbrew dotychczas jeszcze często utrzymującemu się zapatrywaniu, przeciwwskazane jest nadmierne używanie wód alkalicznych, które o ile z jednej strony wraz z leczeniem kąpielowem mają wielkie dla ustroju znaczenie jako czynnik przepłukujący tkanki, to z drugiej strony nadmiar zawartych w nich alkaliów może działać także szkodliwie z powyżej przytoczonych powodów.

Wskazane są natomiast, i to obficie, słabe szczawy, jak Naftusia, Burkut, Wildungen, Georgs Victorquelle i Helenenquelle, Natalia francensbadzka, Cachat, Vittel, Contrexeville i inne słabe szczawy oraz sztuczne wody lecznicze i dyetetyczne prof. Jaworskiego (Nr II, VI, X, XI, XIX, XX, XXI).

Z lekarstw zdyskredytowane zostały sole litowe, alkalia oraz sztuczne złożone leki t. zw. diaminy (piperazyna, lysidyna i t. p.). Najlepsze wyniki daje leczenie Falkensteina zapomocą kwasu solnego, salicyl, kolchicyna. W ostatnich latach atofan, dając dobre wyniki, znalazł dość rozległe zastosowanie.

Całkiem odrębną jednostkę chorobową stanowi t. z. zniekształtniające zapalenie stawów (arthritis deformans), które wprawdzie może się wikłać z dną, różni się jednak od niej brakiem ostrych napadów, oraz tem, że nie nagabuje pojedynczych stawów, lecz zajmuje je zazwyczaj symetrycznie. Chorobie towarzyszy zazwyczaj silna niedokrwistość i znaczny upadek odżywienia. Leczenie w tych przypadkach, o ile badanie krwi nie wykaże hyperurykemii, musi być zgoła odmienne. Dyeta białkowa ze znacznym dodatkiem tłuszczów bardzo jest wskazana celem podniesienia odżywienia; z lekarstw jod i arsen, dalej leczenie mechaniczne, kąpielowe i t. p.

Odmiana dny, zdarzająca się przy zatruciu ołowiem, występuje stosunkowo bardzo rzadko, podobnie jak i dna, towarzysząca białaczce, dlatego też dłużej nad niemi zastanawiać się nie będę. Leczenie dyetetyczne jak przy zwykłej dnie, obok leczenia sprawy podstawowej.

Pozostaje mi omówić postacie chorób przemiany materyi, dające powód do większych czy mniejszych złogów w drogach moczowych, t. z. piasku czy kamieni moczowych (nephrolithiasis).

Według chemicznego składu rozróżnić musimy, jak wiadomo, złogi moczanowo-szczawianowe oraz fosforanowe; rzadziej znajdujemy w złogach cystynę i ksantynę.

Kamicę moczanową w ogólnem tego słowa znaczeniu odróżnić należy od dny, w której nastaje zatrzymanie we krwi kwasu moczowego, pochodzącego z pokarmów, gdy w kamicy wydzielanie w stosunku do dowozu ciał purynowych jest zupełnie prawidłowe. Rzecz inna, że kamica często pojawia się u ludzi dną dotkniętych i że obie postacie chorobowe u tego samego chorego spotkać się mogą.

Przyczyny zdają się być tesame, które i dnę wywołują,

to jest zbytkowne pożywienie, dziedziczność, siedzący tryb życia, nadużywanie alkoholu, zwłaszcza win kwaśnych. Do powstania kamyczków przyczyniają się zazwyczaj skrzepy, czy pasorzyty lub też nitki śluzu przy nieżytach dróg moczowych.

W leczeniu wskazana jest dyeta podobna, jak w samej dnie, a zatem zawierająca mało puryn, by wogóle zmniejszyć ilość kwasu moczowego, wreszcie środki rozpuszczające sole i złogi. Tu należą wody silnie moczopędne, jak Naftusia, Burkut, Kinga, zdrój Stefana szczawnicki, zdrój Karola i Rudolfa wysowskie, z obcych Salwator, Salzschlirf, Bonifacy, Vichy i t. p.; z lekarstw magnes. borocitrica, urotropina, borowertyna, lysidyna, lycetol, chinotropina i inne.

Skaza szczawianowa charakteryzuje się wydzielaniem nadmiernych ilości kwasu szczawiowego, głównie w postaci szczawianów wapna.

Pochodzenie kwasu szczawiowego podobnie jak i kwasu moczowego ma dwa źródła. Pewne jego ilości powstają w ustroju samym z rozpadu ciał klejowatych (glykokol), z kreatyniny mięśni i prawdopodobnie z kwasu glykokolowego żółci. Pozatem kwas szczawiowy doprowadzany bywa z pokarmami. Szczawian wapniowy wydala się w postaci ośmiościennych kryształków, dając pod mikroskopem znany obraz koperty. Ilość kryształków nie zawsze pozwala wnosić o ilości kwasu szczawiowego, gdyż zawsze znaczna jego ilość pozostaje w rozpuszczeniu przez obecność kwaśnych fosforanów. Nadmiar wydzielonych szczawianów towarzyszyć zwykł pewnym chorobom, jak żółtaczce, cukrzycy, dnie, rozedmie płuc, nasieniotokowi i neurastenii.

Leczenie ma za zadanie 1) zmniejszenie ilości wydzielanego kwasu szczawiowego, 2) zwiększenie rozpuszczalności szczawianu wapniowego w moczu. Ilość wydzielanego kwasu szczawiowego możemy zmniejszyć przez ograniczenie pokarmów, zawierających kwas szczawiowy. Poniżej podaję według Essbacha pokarmy, szczególnie obfitujące w kwas szczawiowy w miligramach na 100 suchej substancyi. Herbata 3·7, kakao 4·50, kawa 0·10, ziemniaki 0·4, szczaw 3·6, szpinak 3·2, marchew 0·03, burak 0·40, pieprz 3·20, rzewień 2·40. Mięso, owoce wszelkie, ryż, groch, soczewica, cebula, pomidory, szparagi, kapusta i inne jarzyny nie zawierają kwasu szczawiowego lub w bardzo małych ilościach.

Kierując się powyższem dochodzimy do przekonania, że przy skazie szczawianowej pożywienie powinno się składać głównie z mięsa i tłuszczu z wyjątkiem trzew, które także zawierają nieco kwasu szczawiowego. Z roślinnych pokarmów stanowczo wyłączyć trzeba szpinak, szczaw, rzewień, karczochy, bób, buraki, kakao. Herbatę i kawę wolno podawać w znacznem rozcieńczeniu, jaja zaś i mleko, oraz kapustę wolno tylko w ilościach ograniczonych z powodu znacznej zawartości wapna. — Bezwzględnie zaś zakazać należy potraw kleistych, jak mięso kleiste, nóżki, kremy robione z żelatyny i t. p. Płyny wskazane są w obfitej ilości, i to pod postacią słabych szczaw alkalicznych, Naftusia, Apolinaris, Giesshübler, Fachingen, Vichy i t. p. Napoje wyskokowe bezpośredniego przeciwwskazania nie dają.

Przez fosfaturyę rozumiemy wpadający w oczy nadmiar fosforanów wydzielanych w moczu. Znaczenie kliniczne ma fosfaturya o tyle, że w przypadkach, gdzie ona stale się utrzymuje następuje tworzenie się nieraz nawet znacznych złogów fosforanowych, uszkadzających drogi moczowe.

Fosfaturya może powstawać z kilku przyczyn. Powstaje ona n. p. przy przewlekłych nieżytach pęcherza, gdzie tworzy się w pęcherzu fosforan magnowo-amonowy. Inna postać fosfaturyi towarzyszy kwaśnym nieżytom żołądka, gdzie z powodu nadmiernego wydzielania soku żołądkowego pozostaje w ustroju większa ilość silnych alkaliów, która łatwo się łączy z kwasem fosforowym i jako fosforany alkaliczno-ziemne bywa wydzielana. Tem się też tłumaczy przejściowa fosfaturya po obfitszych posiłkach. Wreszcie fosfaturya może pochodzić z pokarmów, zawierających dużo alkaliów ziemnych, przedewszystkiem wapna. Najczęściej występuje fosfaturya jako objaw towarzyszący innym cierpieniom, jak neurastenia, gruźlica płuc i kości, nieżyt kwaśny żołądka, nieżyty jelita grubego i t. p.

Leczenie musi z jednej strony uwzględniać przyczyny, z drugiej strony ma za cel zakwaszanie moczu.

W dyecie powinniśmy polecać dużo mięsa, tłuszczów, ser, potrawy mączne, cukier, zabronić natomiast należy ziemniaków, jarzyn zielonych, jarzyn pochodzących z korzenia roślin, oraz innych pokarmów zawierających dużo wapna, do których przedewszystkiem należą mleko i jaja.

Dla przedstawienia, ile pewne pokarmy zawierają wapna, przytaczam dane Bungego, obliczone na 100 grm. suchej substancyi. I tak zawiera mleko 1500 mlgrm. wapna, poziomki 480, figi 400, żółtko 380, białko jaja 130, groch 137, ziemniaki 100, chleb Grahama 77, chleb biały 46, mięso wołowe 29, miód 6·7. Z lekarstw wskazane są kwasy, jak kwas solny, kwas będźwinowy, salicyl.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Leon Wachholz: **Medycyna sądowa** na podstawie ustaw obowiązujących na ziemiach polskich. Wydanie II. Kraków 1920 (Gebethner i Wolff).

Nadzwyczajne powodzenie podręcznika prof. Wachholza, wydanego w r. 1918, dowiodło najlepiej, jak ta książka była potrzebna i jak dobrze odpowiedziała celowi. Wydanie drugie, podjęte w rok po pierwszem, nie jest zwykłym przedrukiem, lecz wydaniem starannie poprawionem i stosownie do postępu nauki uzupełnionem, a w części rozszerzonem, zwłaszcza w części dotyczącej dochodzenia stanu umysłowego. Prócz tego powiększone i ponownie opracowane zostały rozdziały o istocie śmierci, jej rozpoznaniu, o dochodzeniu niemocy płciowej, o stężeniu pośmiertnem, o ranach od pocisków wybuchowych, o sądowolekarskiej ocenie bolu, o śmierci wskutek zasypania i o szkodliwem działaniu promieni Roentgena. O zaletach podręcznika należałoby powtórzyć to, co już powiedziano w sprawozdaniach z pierwszego wydania. Nowemu wydaniu można rokować równą wziętość i poczytność, jak pierwszemu. Ciechanowski.

A. Mikulski i E. Herman: **Tętnienie mózgu człowieka na podstawie badań eksperymentalnych** (z 39 figurami i tablicami). Warszawa. (Wende i Sp.).

Autorzy wprowadzają w trudną dziedzinę badań doświadczalnych nad tętnieniem mózgu u człowieka oraz w sposób nader krytyczny przedstawiają materyał zdobyty przez siebie. Dochodzą oni do wniosku, że cefalogram tętnienia mózgu zmienia się w zależności od oddechu, pod wpływem którego powstają na nim fale II rzędu, a nadto pod wpływem szeregu innych bodźców fizyologicznych, psychofizyologicznych i psychicznych, które wywołują na krzywej fale III rzędu. Fale te uważają oni za wyraz przypływu krwi do mózgu i nie dostrzegają w nich odrębności zależnie od różnorodności stosowanych bodźców doświadczalnych. Fale te uważają autorzy za wyraz uwagi.

Doc. Dr S. Borowiecki.

Stefan Karp' Rottermund, członek sejmowej komisyi skarbowo-budżetowej, przewodniczący sejmowej komisyi zdrowia publ.: **Budżet Ministerstwa zdrowia publicznego** (według zgłoszonego Sejmowi sprawozdania). Warszawa 1920.

W sprawozdaniu swojem przedstawia poseł Dr Rottermund surową krytykę tak formalnej strony budżetu, jako też niektórych stron dotychczasowej działalności Ministerstwa i merytorycznych szczegółów przedstawionego preliminarza budżetowego. Jako wynik swych wywodów wnosi sprawozdawca, aby Sejm wezwał rząd do ustawowego rozgraniczenia kompetencyi Ministerstwa zdrowia od Ministerstwa opieki społecznej, do przedstawienia należycie uzasadnionego etatu Ministerstwa oraz kwalifikacyi jego urzędników, do reorganizacyi Ministerstwa przez zmniejszenie nadmiernej liczby jego wydziałów i usunięcie nadmiernej centralizacyi wszystkich spraw zdrowotnych w samem tylko Ministerstwie, do szerszego subwencyonowania samorządów, do usunięcia z budżetu pozycyi »inne wydatki«, wreszcie do przedstawienia planu gospodarki w zdrojowiskach, zwłaszcza państwowych. C.

J. Polak: **Kalendarz lekarski na r. 1920.** Warszawa 1920.

Wydanie Kalendarza lekarskiego czyni zadość ogólnie odczuwanej potrzebie. Wyjątkowymi warunkami, w jakich się znajdujemy, łatwo wytłomaczyć, że kalendarz nie jest bez usterek i braków. W schematyzmie lekarskim niema ogólnego spisu lekarzy małopolskich, szpitale i instytucye społeczne przytoczono tylko warszawskie. Poza schematyzmem zawiera kalendarz tylko tablicę brzemienności, dawki najwyższe i przeciętne, dawki podskórne, do wziewań, pędzlowań i t. p., ilość kropli w gramie różnych płynów, tablicę rozpuszczalności, uwagi o kąpielach sztucznych, pierwszej pomocy i otruciach. r.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia

Levit: **O wolnem przeszczepianiu sieci.** (Čas. lék. č. 1919, 48, 49, 50). Sprawozdanie z własnych badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych autora, z których wynika, co następuje: 1) Przeszczepianie wolnych płatów sieci w dowolnych rozmiarach udaje się zupełnie dobrze, przyczem płaty te szybko i mocno sklejają się ze swą podstawą. 2) Przeszczepiona sieć nieco się kurczy i w razie przeszczepienia na pętlę jelitową może doprowadzić do miernego zwężenia jelita, które jednak nie osiąga takich stopni, by mogło upośledzić sprawność czynnościową jelita. 3) Po przeszczepieniach sieci na pętlę jelita cienkiego powstają zawsze zrosty między siecią przeszczepioną a sąsiedniemi pętlami, wskutek czego przeszczepianie sieci, jako metoda do zapobieżenia powstawaniu zrostów, nie odpowiada celowi; nie powstają natomiast zrosty przy przeszczepianiu sieci na żołądek i na jelito grube, prawdopodobnie z powodu silniejszych ruchów robaczkowych tych narządów. 4) Przeszczepianie sieci na miejsca, zagrożone martwicą i na przedziurawienia jelit jest metodą nie wystarczającą; głównem polem zastosowania jej jest ochrona i upewnienie szwów jelitowych, wzbudzających z jakichkolwiek powodów obawy o nieszczelność. 5) Przeszczepianie wolnych płatów sieci oddaje dobre usługi przy tamowaniu krwotoków miąższowych z wątroby i śledziony, czyniąc zbyteczną tamponadę, pozwalając zatem na zaszycie jamy brzusznej na głucho i chroniąc chorego od następowych przepuklin brzusznych. 6) Wolne płaty sieci są doskonałym materyałem dla uruchomiania zesztywniałych stawów. Dr Michejda.

K. Neuwirt: **W sprawie dopuszczalności rozległych resekcyi jelita.** (Časopis lék. cesk. 1919, 52). Prawo, które podał w r. 1900 Kukula, że »ustrój ludzki może żyć bez połowy, a w sprzyjających okolicznościach bez jeszcze większej części jelita cienkiego — bez niebezpieczeństwa charłactwa«, nie może mieć zastosowania w przypadkach, gdzie pozostawiona część jelita cienkiego uległa zmianom choćby takim tylko, jak przerost i rozszerzenie odcinka, położonego ponad zwężeniem. Rozstrzygającą bowiem jest nietylko ilość wzgl. długość, ale i stan (prawidłowy lub chorobowo zmieniony) pozostałego jelita cienkiego. Na podstawie opisanego przypadku, operowanego przez Kukulę, dochodzi N. do wniosku, że przy znacznem rozszerzeniu odcinka doprowadzającego i przy długiem trwaniu sprawy chorobowej (zgubny wpływ toksyn) lepiej jest resekcyi poniechać, a wykonać tylko wyłączenie schorzałej części jelita, przez co zachowuje się tę część jelita, która wskutek swego położenia poniżej miejsca zwężenia nie podlegała wpływom toksyn. Dr Michejda.

A. Eiselsberg: **W sprawie wykluczenia żołądka za pomocą jejunostomii.** (Arch. f. kl. Chir. Tom 112, 1919). Omówiwszy wskazania do tego zabiegu, podaje E. historyę choroby dwóch chorych, u których zabieg ten miał znaczenie nie paliatywne, ale lecznicze: jeden dotyczył przypadku wrzodu trawiennego jelita czczego po gastroenterostomii, drugi przypadku »linitis plastica (Brinton)«. Dr Michejda.

Nieden: **W sprawie chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy, w szczególności spostrzeżenia nad trwałem wyleczeniem po wykluczeniu odźwiernika drogą odsznurowania.** (Arch. f. klin. Chir. Tom 112, 1919). Na podstawie materyału, obejmującego 29 przypadków wrzodów żołądka i dwunastnicy, operowanych wspomnianą metodą w klinice prof. Lexera w Jenie (przy użyciu autoplastycznego materyału dla przewężania odźwiernika), a z których 15 było badanych w okresie od 6—62 miesięcy po operacyi, N. dochodzi do następujących wniosków: Metoda ta daje przeważnie dobre wyniki. Jest ona wskazana przy niepowikłanych wrzodach, mających skłonność do gojenia się i w tych przypadkach, które z powodu złego stanu ogólnego większego zabiegu nie znoszą. W przypadkach, odznaczających się wzmożonym ruchem robaczkowym żołądka, skłania się N. raczej do zamknięcia odźwiernika sposobem Eiselsberga. Przy wrzodach krwawiących i powikłanych wskazana jest resekcya, o ile jest wykonalna. Osiągnięte omawianą metodą zamknięcie odźwiernika jest w $^1/_3$ cz. przypadków dostateczne, w przeważającej zaś liczbie pozostaje osiągnięte zwężenie na stałe. Po założeniu przetoki żołądkowojelitowej z zamknięciem odźwiernika zauważał N. obniżenie kwaśności treści żołądkowej, przyczem jednak nie dało się stwierdzić prostego stosunku pomiędzy klinicznym wynikiem, a obniżeniem kwaśności. Dr Michejda.

Kloiber: **Rozpoznawanie niedrożności jelitowych zapomocą promieni Röntgena bez podawania środków kontrastowych.** (Archiv f. kl. Chir. Tom 112, 1919). Kloiber poleca tę metodę w celach rozpoznawczych, jako dającą pewne oznaki niedrożności w postaci wykazania powierzchni płynowej z bańkami gazu. Jej zaletą jest 1) zbędność podawania środków kontrastowych, 2) oszczędność na czasie, gdyż nie trzeba czekać, aż papka przejdzie cały przewód pokarmowy, szczegół, który przy niedrożnościach jelit ma niemałe znaczenie ze względu na rokowanie. Mała ilość powierzchni płynu (Flüssigkeitsspiegel) w górnej części jamy brzusznej wskazuje na wysoko w obrębie jelita cienkiego usadowioną przyczynę niedrożności, gdy tymczasem liczne powierzchnie, stwierdzone w miednicy małej lub jej okolicy przemawiają za tem, że przyczyna niedrożności leży nizko. Wedle tego można się kierować przy wyborze cięcia. Autor sądzi, że metoda ta oddaje usługi przedewszystkiem w okresach wczesnych. Dr Michejda.

W. Müller: **Spostrzeżenia nad ograniczonemi, ostremi schorzeniami zapalnemi ściany jelita.** (Arch. f. kl. Chir. T. 112, 1919). Krytyczny rozbiór czterech przypadków ostrych ogniskowych schorzeń ściany jelita bez tła swoistego i poza wyrostkiem robaczkowym (1) przedziurawienie jelita wstępującego w odległości 5 cm od zastawki Bauhina; 2) ostre zmiany zapalne w jelicie cienkiem w odległości 5 cm od zastawki przy równoczesnem ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego; 3) ostre zapalenie jelita ślepego i końcowego odcinka jelita cienkiego na przestrzeni około 10 cm bez zmian zapalnych w wyrostku robaczkowym; 4) ostra ograniczona ropowica ściany jelita ślepego) i dwóch przypadków ostrego ograniczonego zapalenia esicy, raz w postaci guza, drugi raz z przebiciem ściany i wytworzeniem ropnia wśród pętli jelitowych. Etyologia tych schorzeń niejasna. Dr Michejda.

Fr. Horálek: **Operacyjnie wyleczony przypadek rany**

kłutej śledziony ze zranieniem przepony. (Cas. lek. c. 1919, 47). Na podstawie przypadku, operowanego i wyleczonego przez Zahradnickiego, stwierdza autor, że 1) rozpoznanie w tych przypadkach może być tylko prawdopodobne, 2) najlepszą metodą leczniczą jest zeszycie śledziony (w danym przypadku śledziona miała trzy rany) z wolną plastyką sieci; wycięcie śledziony wolno wykonać tylko z konieczności tam, gdzie założenie szwów jest niemożliwe; tamponadę uważa autor za metodę »złą«. 3) Należy zawsze przy ranach kłutych śledziony baczyć, czy nie ma innych zranień (najczęstsze zranienia przepony i opłucnej). 4) Rokowanie przy szwie jest dobre. Dr Michejda.

Stocker: **O reimplantacyi gruczołów płciowych u ludzi.** (Korresp. f. schw. Aerzte 1916, 7). Obustronne wytrzebienie może, jak wiadomo, wywołać poważne następstwa (objawy ubytku), zwłaszcza u kobiet. Dlatego, jeśli się przy zabiegu okaże, że sprawa, dla której podjęto obustronne wytrzebienie, nie jest złośliwą, należy pozostawić w ustroju zdrowe części gruczołów płciowych, albo, jeśli je już całe wycięto, wszczepić zdrową część z powrotem. Według doświadczenia St. taka reimplantacya jest zupełnie nieszkodliwa; może się o tyle nie udać, że wszczepione tkanki ulegną wessaniu, jednakże, według dotychczasowych spostrzeżeń St., przyjąć można, że zazwyczaj czynność reimplantowanego jądra lub jajnika utrzymuje się. r.

Schönbeck: **Niebezpieczeństwa nakłucia lędźwiowego.** (Archiv f. klin. Chir. 1916, 107). Pominąwszy trudności techniczne, (które można zmniejszyć, wbijając igłę o $1/2$—1 cm z boku linii środkowej, zupełnie poziomo), oraz przypadki t. zw. »punctio sicca« wskutek galaretowatej konsystencyi wysięku, zatkania kanału kręgowego przez strzępy włóknikoworopne i t. p., zdarzyć się mogą przy nakłuciu lędźwiowem: złamanie się igły (dlatego najlepiej używać podatnej igły irydoplatynowej), skaleczenie większych naczyń w kanale kręgowym, uszkodzenie korzonków lub samego rdzenia z następczymi niedowładami. Częste, a nader niemiłe, jest wystąpienie objawów meningizmu w postaci bolu głowy, nudności, wymiotów, zawrotów, potęgujących się przy ruchach, a mogących trwać i do 2 tygodni. Szczególnie łatwo występuje to powikłanie u osób nerwowych, histerycznych, cierpiących na padaczkę lub nerwicę urazową. W przypadkach krwotoków lub ograniczonych spraw śródczaszkowych najlepiej wcale nie próbować nakłucia lędźwiowego, bo wywołane przez to zmniejszenie parcia daje powód tylko do ponowienia się krwotoku, lub — przy niedrożności w zakresie otworu potylicznego, do wgniecenia móżdżku ku temu otworowi i porażenia ośrodka oddechowego. Jaknajwiększa ostrożność jest wskazana również w przypadkach mocznicy, miażdżycy tętnic, ale także i przy ropnem zapaleniu opon; należy w tych razach zawsze ściśle kontrolować parcie płynu wypuszczanego. Aspiracyi płynu nie powinno się wykonywać, jak również nakłucia u chorych przychodnich (ambulatoryjnie). S. zestawia z piśmiennictwa 71 przypadków śmierci, wywołanej wprost przez nakłucie lędźwiowe. r.

Moniuszko: **Nowy sposób usypiania zapomocą lawatywy z eteru.** (Medycyna i Kron. lek. 1915. 13—14). Ze względu na przypadki operacyi w jamie ustnej i w drogach oddechowych, przyczem albo nie można, albo trudno stosować wdychanie środków usypiających, jakoteż ze względu na przypadki, w których można się po uśpieniu eterowem (przez wdychanie) obawiać powikłań oskrzelowych lub płucnych, opracował M. i wypróbował w 191 przypadkach metodę eteryzacyi przez odbytnicę. W tym celu stosuje się lawatywę z mieszaniny 1:3 oliwy z eterem w ilości 260—280 cm sz. dla dorosłego. Mniejsze dawki nie wywołują uśpienia, a średnie (180—200) często zawodzą. Lawatywa wywołuje kilkosekundowe pieczenie i wrażenie potrzeby oddania stolca; dlatego zaleca M. naprzód wprowadzić do odbytnicy 60—80 cm, silnie zacisnąć odbyt, aby płyn nie został wyparty, — a gdy minie pieczenie, w 1—2 minut potem, wlać resztę eteru. Korzystne jest wstrzyknięcie uprzednie 0·01 morfiny (zapobiega podnieceniu u alkoholików). Sen następuje średnio w 30 minut po lawatywie, trwa 3—3 godzin, można go jednak skrócić (po ukończeniu małych operacyi), usuwając resztę eteru z odbytnicy. Prócz wymiotów po operacyi (w 5—7% przypadków) nie było po uśpieniu eterem tą drogą żadnych niemiłych skutków ubocznych. r.

Trebing: **Uśpienie weranacetin-eterowe.** (Ther. Monatsh. 1916, 5). Kombinacya uśpienia eterowego z podawaniem weranacetyny posiada zdaniem Tr. wiele zalet. Mianowicie po podaniu weranacetyny ($1^1/_2$ godz. przed uśpieniem eterowem 4—5 tabletek po 0·3 rozpuszczonych w gorącej wodzie) nie występuje przy usypianiu podrażnienie, do uśpienia zużywa się mniej eteru, w czasie uśpienia nie bywa wcale wymiotów silnych, ani męczących. r.

Schäfer: **Powrotne przetaczanie krwi własnej chorego po wielkich krwotokach do dużych jam ciała.** (Zentr. f. Chir. 1916, 21). W przypadku pęknięcia ciąży jajowodowej z wielkim krwotokiem zdołał S. chorą uratować przez to, że wyciąwszy szybko pęknięty jajowód, zebrał jałowo około 200 cm sz. krwi z jamy brzusznej, a przecedziwszy ją, wstrzyknął do żyły ramieniowej, poczem dodał litr fizyologicznego rozczynu soli. Nie było po tem przetoczeniu krwi ani dreszczów, ani hemoglobinuryi, a chora uderzająco szybko przyszła do siebie. S. sądzi, że do takiego zabiegu można bez niebezpieczeństwa użyć zwykłej dużej strzykawki. r.

Prof. Hering: **Śmierć nagła w uśpieniu chloroformowem.** (Münch. m. W. 1916, 15). Koty i psy giną z początkiem uśpienia chloroformowego tem łatwiej nagle, im więcej były podniecone. Ta śmierć nagła zależy najczęściej od trzepotania komór serca (Herzkammerflimmern), to jest stanu nadmiernego podrażnienia komór sercowych. Prawdopodobnie w ten sam sposób następuje śmierć u tych ludzi, u których na początku uśpienia czynność serca nagle ustaje, i to wcześniej od oddychania. Ponieważ i u człowieka odgrywać tu musi rolę podniecenie, przeto należy je ze względu na usypianie uwzględniać jeszcze więcej, niż dotychczas. Skurcze dodatkowe (extrasystole) należą do tej samej kategoryi zjawisk, co trzepotanie (komorowe) i mogą w nie przechodzić, jak tego dowodzą doświadczenia na zwierzętach. Z tego wynika wskazówka, żeby nie stosować uśpienia chloroformowego, jeżeli stwierdzono skurcze dodatkowe, choćby tylko sporadyczne. Posiadamy środki wykrycia, czy u człowieka nie istnieje utajona skłonność do skurczów dodatkowych (wstrzyknięcie adrenaliny); badając więc stan serca przed operacyą, należałoby użyć tych środków, jeżeli nie istnieją już inne przeciwwskazania chloroformu. r.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 14. I. 1920 r.

Przewodniczący kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 62 członków.

I. Przewodniczący dziękuje b. prezesowi Towarzystwa Dr Damskiemu za wydatną pracę około rozwoju Towarzystwa w najcięższych czasach jego istnienia.

II. Kol. Szczepan Mikołajski, dyrektor okręg. Urzędu zdrowia we Lwowie: **Epidemia duru plamistego w Małopolsce 1919 r.** Prelegent omawia szeroko pochód epidemii duru plamistego w Małopolsce; wytyka braki środków koniecznych do jej zwalczania, jak niedostateczną ilość dezynfektorów, nędzne pomieszczenia mieszkańców zniszczonych okolic, złe uposażenie lekarzy powiatowych; nie wypełnianie przepisów sanitarnych, zwłaszcza na kolejach, przyczynia się w wysokim stopniu do rozszerzania epidemii. Wschodnia Małopolska choruje prawie cała — są wsie, gdzie niema domu wolnego od zarazy. Śmier-

telność zmalała nieco, lecz jest jeszcze olbrzymia. Jednym z głównych rozsadników choroby są baraki dla internowanych i jeńców, gdzie stosunki są tak złe, że trudno je opisać. W końcu przedstawia prelegent rezolucyę, wzywającą rząd do natychmiastowej wybitnej pomocy w walce z chorobami zakaźnemi, a przedewszystkiem z durem plamistym. Rezolucyę tę przyjęło Towarzystwo lekarzy lwowskich i wysłało w tej sprawie delegacyę do Warszawy.

Dyskusya. Kol. prof. Nowak przyłącza się do wniosku prelegenta, lecz radzi wysłać rezolucyę krótszą. — Bujwid jest za przyjęciem całego wniosku, należałoby jednak nie zapomnieć o wprowadzeniu środków zaradczych przeciw ewentualnej epidemii dżumy i cholery. — Kol. Momidłowski zwraca uwagę na brak łączności między władzami cywilnemi i wojskowemi przy tłumieniu zarazy. — Kol. Masny odpiera zarzut kol. Momidłowskiego.

Rezolucyę przyjęto.

III. Na członków Towarzystwa zgłosili się kol. Rec, Biberstein, Oszacki i Swierz.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 21. I. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 108 członków.

I. Kol. Aleksander Oszacki: **O sposobach czynnościowego badania układu krążenia.** Prelegent wychodzi z założenia, że podstawowem kryteryum metod czynnościowych nie jest samo oznaczenie efektywnej pracy, wykonanej przez pewien układ czynnościowy, ale stosunek energii potencyalnej, wyprodukowanej przez źródła siły tego układu, do efektywnie przez układ wykonanej pracy, a dalej stosunek ten energii potencyalnej do wielkości zapasów energetycznych przechowywanych w tkankach, będących źródłem siły. Jeżeli takie kryteryum nazwiemy sprawnością układu, to można je wyrazić przez następujący symbol matematyczny:

$S = F\left(\frac{E}{P}, \frac{Z}{P}\right)$ gdzie S oznacza sprawność, E pracę efektywną, t. zn. taką, która się wyraża w czynności dla badanego układu właściwej, $P =$ ilość energii potencyalnej, $Z =$ wielkość utajonych zapasów energietycznych. Tak więc sprawność jest funkcyą dwu zależnych, między któremi położony przecinek wyraża, że równanie nie określa, jakie działanie matematyczne ma być między temi dwiema zależnemi wykonane dla otrzymania wartości S.

W odniesieniu do układu krążenia wyrazem pracy efektywnej, będzie wyrzutność prądowa (Wpr.). Zasadą domogi układu jest, że Wpr. jest w tej samej jednostce czasu w każdym przekroju krążenia takie same, a więc Wpr = Wm, gdzie Wm oznacza wyrzutność minutową serca, a więc Wm = Ws. p, gdzie p oznacza ilość tętna na minutę. O stosunku $\frac{E}{P}$ będzie rozstrzygać dobra organizacya czyli zborność układu; polega ona na takiem ustosunkowaniu natężenia siły popędowej do oporów krążenia, aby straty energii były jak najmniejsze. Będzie to zależało od współdziałania elementów elastycznych, (nie są one źródłem siły popędowej, ale rozkładają w czasie i nadają kierunek sile, wyprodukowanej przez tkankę mięsną), od elementów nerwowych, które nastawiają wielkość świateł naczyń, przez to regulują opory, a także przez działanie inotropiczne regulują wielkość wysiłku tkanki mięsnej serca, a może i naczyń, a dalej od procesów chemicznych w tkankach ukrwionych przez układ krążenia. Te ostatnie wyrażają się w stosunku $\frac{C_1}{C_2}$ t. zn. w stosunku koncentracyi jonów wodorowych, jako wyrazu nagromadzenia produktów pracy do ilości tlenu, jaką krew musi doprowadzić, aby zapotrzebowanie tkanki (n. p. mięśni kośćcowych) w czasie pracy było pokryte.

Dla oceny sprawności układu krążenia poddawał prelegent badanych żołnierzy pracy na ergostacie tak, że wykonywali oznaczoną ilość klgm w jednostce czasu. Wiedząc według oznaczeń szkody Zuntza, że jeden kilogramometr potrzebuje 1·3 cm³ tlenu doprowadzonego przez krew do mięśni, możemy, znając spółczynnik absorbcyi tlenu dla krwi (ilość Hb!) określić Wm a stąd Ws. Praca układu krążenia potrzebna dla nadania krwi takiej Wm składa się z pracy serca (*Ls*)

$$Ls = Wm.\ h.\ 13{\cdot}98 + \left(\frac{Wm}{6}\right)^2, \frac{Wm.\ S}{g.\ 13^2}$$

i z pracy krążenia pozasercowego (*Lo*).

Wzór *Ls* daje nam tylko wartość pracy efektywnej — jeżeli jednak uwzględnimy stosunek Ws:p, to według dyagramu pracy serca podanego przez Strauba nakład ilości energii potencyalnej jest tem większy, im większe Ws (przy tych samych oporach w tętnicach), i to pierwszy wzrasta zawsze prędzej, niż drugi w stosunku 5:4. Stąd wynika, że nadmierne przyspieszenia tętna w czasie pracy zwiększają wartość $\frac{E}{P}$ przy tej samej Wm. Ale z prac Tigerstädta i Moritza wiemy, że nadmierne przyspieszenia tętna przez skrócenie czasu rozkurczu, a więc i czasu wypoczynku, doprowadzają do szybkiego wyczerpania sił serca, a więc zmniejszają wartość $\frac{Z}{P}$. To byłby pierwszy wskaźnik czynnościowy sprawności układu krążenia.

Jak w mięśniach kośćcowych, tak i w sercowym stosunek energii potencyalnej do efektu materyalnego zależy — przy tem samem obciążeniu początkowem — od wielkości ciśnienia przetrzymującego (Überlastungsdruck); znaczy to, że im ciśnienie w tętnicach większe, tem nakład energii potencyalnej przy tej samej Ws większy. A zatem wielkość ciśnienia w tętnicach w czasie pracy wskazywałaby na zmniejszanie się wartości wyrazu $\frac{E}{P}$. Jest to drugi wskaźnik czynnościowy zależny od ustosunkowania pracy serca do pracy krążenia pozasercowego, jeżeli przyjmiemy za Hürtlem i Frankiem stale rytmicznie i synchronicznie z sercem działające źródła siły popędowej krążenia w ścianach naczyń. Według Hasebroecka zwiększanie się ciśnienia w tętnicach wielkich jest wyrazem zmniejszonej zdolności popędowej układu pozasercowego.

Trzeci wskaźnik, to zachowanie się wielkości serca w czasie pracy. Zależy ona od wielkości wypełnienia (obciążenia) początkowego i od wielkości pozostałości poskurczowej. Stosunek jednej do drugiej wyraża się spółczynnikiem dynamicznym, inaczej mówiąc jest to stosunek między maximum izomerycznem, względnie izotonicznem (to zależy od wielkości ciśnienia przetrzymującego), jakie mięsień sercowy jest w stanie wytworzyć w odpowiedzi na pewne obciążenie początkowe.

Prelegent wykazuje na własnych ortodiagramach, że przy pracy około 700 klgm. na minutę, a nie przekraczających 12000 klgm. w układzie krążenia prawidłowym, nie przychodzi do powiększenia się serca, mimo, że z obliczenia wynika, że Ws musi być większe aniżeli w spoczynku. Dowodzi to, że serce dzięki odpowiedniemu spółczynnikowi dynamicznemu jest w stanie zwiększyć swoje Ws mimo nie zwiększonego obciążenia początkowego. Z chwilą powiększania ilości klgm. wielkość serca zachowuje się zależnie od zwiększania się wypełniania początkowego. Jak długo spółczynnik dynamiczny utrzymuje się na poprzedniej wysokości, serce powiększa się tylko w okresie wypełnienia początkowego. Z chwilą gdy spółczynnik dynamiczny zaczyna maleć, serce mimo zwiększenie wypełnienia początkowego nie jest w stanie o tyle zwiększyć swej Ws, aby pozostałość poskurczowa pozostała na poprzedniej wysokości: serce powiększa się we wszystkich fazach ewolucyi sercowej.

Prelegent wykazuje na przykładach, że takie zachowanie się serca zależy wprawdzie w znacznej części od anatomicznych schorzeń serca, ale także od wielkości pracy mięśniowej. Jest więc wskaźnikiem wartości czynnościowej mięśnia sercowego bez względu na stan anatomopatologiczny mięśnia, t. zn. bez względu na to, czy możemy przy klinicznem badaniu określić jakość i wielkość zmian anatomicznych mięśnia. Sposoby badania czynnościowego dają nam możność oceny wartości czynnościowej mięśnia sercowego. Spółczynnik dynamiczny zależy od wielkości zapasów energetycznych mięśnia — jego zachowanie się zatem jest wskaźnikiem sprawności czynnościowej, ponieważ wyraża stosunek $\frac{Z}{P}$.

Ponieważ podane trzy wskaźniki odpowiadają stosunkom $\frac{E}{P}$ i $\frac{Z}{P}$, które podał prelegent jako zależne określające funkcyę sprawności, przeto sądzi, że bez względu na dokładność ilościowych oznaczeń, z jakościowego zachowania się tych trzech wskaźników można oznaczyć sprawność czynnościową układu krążenia.

Wiadomości bieżące.

Francusko-polski Komitet lekarski celem zbliżenia wzajemnego przedstawicieli medycyny obydwu państw i nawiązania stosunków naukowych powstał w lutym w Paryżu z inicyatywy prof. Letulle, a pod przewodnictwem dziekana Wydziału lekarskiego prof. Rogera. Wiceprezesami są Dr Babiński i Dr Danysz, sekretarzem Dr Hufnagel (Polak), skarbnikiem H. Godlewski. Takiżsam komitet, zawiązany w Warszawie za staraniem

pułk. Dr Gautiera i Dr Hufnagla, wybrał przewodniczącym dziekana Wydziału lek. warsz., prof. Mazurkiewicza. Komitet taki dla Małopolski, zawiązany w Krakowie, wybrał przewodniczącym Dr Al. Oszackiego, sekretarzem Dr K. Morawskiego. Członek komitetu paryskiego, wydawca Masson, zawiadomił, że wydawnictwa swe odstępować będzie po cenie nominalnej, licząc markę za franka. Wśród wydawnictw tych znajdują się prawie wszystkie najpoważniejsze pisma archiwalne, biuletyny tygodniowe Towarzystw lekarskich paryskich, oraz »Presse médicale«, wychodząca dwa razy na tydzień. (Ceny przedpłaty przeważnie 30—50 fr. rocznie). W Nr 9. paryskiej »Presse médicale« z 31. I. b. r. ukazał się na naczelnem miejscu artykuł p. t.: »La médecine en Pologne«, w którym autor, wyliczając uniwersytety polskie, wskazuje na wysiłki świata lekarskiego polskiego, zmierzające do rozwoju organizacyi naukowych. Dalej zwraca uwagę na trudności, z jakiemi walczyła wiedza polska w czasie zaborów, mówi o systemie studyów lekarskich i podnosi z uznaniem pracę towarzystw i wydawnictw lekarskich polskich. W końcu zajmuje się wpływami niemieckimi, które dotąd dominowały w nauce polskiej i zaznacza, że obecnie lekarze polscy zwracają się ku swej sojuszniczce Francyi, z którą chcą nawiązać węzły duchowe, a w tym celu zawiązały się w Paryżu i w Polsce komitety lekarskie franko-polskie.

Ogólno-państwowy Związek lekarzy wybrał na Walnem Zgromadzeniu delegatów w Warszawie następujący główny Zarząd: Kamocki, Mutermilch, St. Horodyński, Orzeł, Osiński, Gromski, Śmiechowski, Szmurło. Z prowincyi: Brejski (Pelplin), Bartkiewicz (Sosnowiec), Chęciński (Łuków), Hubert (Nowo-Mińsk), Karwowski (Poznań), Kolberger (Lwów), Kukliński (Gniezno), Jagielski (Poznań), Nowakowski (Poznań), Nowicki (Lwów), Papée (Lwów), Rogoziński (Lublin), Jaszczołt (Piaseczno), Szteinborn (Toruń), Świderski (Leszno), Szulc (Poznań), Twósz (Szmigiel), Wielobycki (Łowicz), Wrześniowski (Częstochowa), Troczewski (Kutno). W tej liście, podanej w dziennikach, niema nikogo z zachodniej Małopolski.

Związek polskich Towarzystw naukowych powstał we Lwowie; obejmuje on 15 zrzeszeń. Do Zarządu Związku wybrano m. i. prezesa Tow. lekarskiego, prof. Dr Nowickiego.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego rozpoczął trzeci rok wydawnictwa zeszytem, wydanym w marcu r. b. po dłuższej przerwie. Redakcya Biuletynu jest coraz staranniejszą. Byłoby pożądane częstsze wychodzenie Biuletynu w regularnych odstępach.

Ankieta w sprawie projektu ustawy szpitalnej, zarządzona przez Ministerstwo zdrowia, odbyła się pod przewodnictwem min. Dr Chodźki w Warszawie w d. 7. i 8. III; na ankietę przybyli wezwani przedstawiciele szpitalnictwa ze wszystkich dzielnic (z Małopolski 9).

Dyety lekarzy epidemicznych w Małopolsce miały wynosić dla lekarzy prywatnych 50 kor. dziennie w miejscu siedziby; dla lekarzy gminnych i okręgowych 60 kor. poza miejscem siedziby (w miejscu siedziby żadne dyety się nie należą); dla medyków 36 kor. za dnie wyjazdu; nadto kilometrowe, ewentualnie zwrot rzeczywistych kosztów furmanki. (Rozp. Okr. Urz. Zdr. L. 4196 z 26. II. 1920). Dowiadujemy się jednak, że normy te będą podwyższone.

Donoszenie o przypadkach grypy zarządziło Ministerstwo zdrowia rozporządzeniem z d. 19. II. 1920 na zasadzie ustawy o walce z epidemiami.

Zjazd lekarzy urzędów sanitarno-obyczajowych zwołało Ministerstwo zdrowia na 28. III. b. r.

Szwedzki Czerwony Krzyż wysłał do Polski misyę sanitarną w postaci szpitala ruchomego o 100 łóżkach z 3 lekarzami i 17 pielęgniarkami celem udziału w zwalczaniu duru plamistego. Szpital ten skierowano do Wilna.

Czasopisma lekarskie w Polsce. »Tygodnik lekarski lwowski« wznowił swe wydawnictwo i będzie wychodzić raz na miesiąc naprzemian z naszem pismem, również raz na miesiąc wychodzącem. Członkowie Małopolskich Towarzystw lekarskich będą otrzymywać oba pisma, jako wspólne organa. Dla pokrycia kosztów wydawnictw podniosły wszystkie te Towarzystwa bardzo znacznie wkładki członków, do 150 kor. i wyżej rocznie.

W Warszawie wychodzi od Nowego Roku »Lekarz wojskowy, tygodnik poświęcony medycynie wojskowej i ogólnej«, wydawany przez Wojskową Radę sanitarną, a redagowany przez Dr J. Koelichena. Do Komitetu redakcyjnego należą prof. Z. Dmochowski, L. Karwacki, Z. Radliński, Z. Szymanowski, Z. Raźniewski, F. Różycki i R. Stankiewicz. Dotąd wyszło 9 zeszytów. Przedpłata dla wojskowych rocznie 26, dla cywilnych rocznie 126 marek.

We Lwowie począł od stycznia 1920 wychodzić miesięcznik »Likarskij Wistnyk«, jako organ Ukraińskiego Towarzystwa lekarskiego, redagowany przez Dr Pańczyszyna, Wereszczyńskiego, Drzymalika i Kurowca. W pierwszym zeszycie znajduje się m. i. artykuł o polskiem Ministerstwie zdrowia.

Państwowy Instytut dentystyczny miał być w Warszawie otwarty 1. marca b. r. Studya będą czteroletnie, po ukończeniu dając prawo do dyplomu lekarza-dentysty. Ma być także wprowadzony »doktorat nauk dentystycznych«.

Konsulentem-chirurgiem W. P. mianowany został prof. Dr Rutkowski w randze generała-podporucznika.

Choroby zakaźne. Łódź: 1. I. do 13. III. 1920: Dur plamisty zachor. 238, † (zmarło) 33, dur brzuszny 151 † 10, dur powrotny 18 † 1, czerwonka 7 † 3, płonica 105 † 20, błonica 28 † 9, odra 12 † 2, gruźlica † 382. — Kraków: 1. I. do 6. III. 1920 (bez wojska): Dur plamisty 477 † 71, brzuszny 19 † 6, powrotny 20, czerwonka 2 † 3, płonica 23 † 2, błonica 26 † 4, zapalenie opon 4 † 2, grypa † 97.

Zmarli: Dr Adolf Dietzius, bardzo zasłużony burmistrz m. Jarosławia, założyciel tamtejszego szpitala, licznych szkół, parku miejskiego, całego szeregu instytucyi humanitarnych, w Jarosławiu. Dr Ludwik Anders, prezes Polskiego Towarzystwa pedyatrycznego, redaktor Przeglądu pedyatrycznego, kierownik Domu wychowawczego w Warszawie. Dr Bronisław Malewski, b. lekarz generał-podpor. i b. lekarz naczelny W. P., poseł na Sejm ustaw. w Warszawie. Dr Juliusz Bandrowski, lekarz i publicysta, zasłużony na polu zdrojownictwa, w Zakliczynie pod Tarnowem. Dr Zygmunt Wachtel, asystent kliniki lekarskiej w Krakowie. Dr Wiktor Łodziński, lek. okr., b. członek Zarządu Izby lek., wiceprezes Rady pow. w Myślenicach. Dr W. Dunin-Wąsowicz w Sieradzu, b. naczelny lekarz szpit Anny Maryi w Łodzi. Dr Zygmunt Barącz, porucznik lekarz W. P., zmarł 29. XII. 1919 w 33 r. ż. na froncie białoruskim w Osipowicach pod Bobrujskiem na zapalenie płuc. Ogłosił pracę z instytutu fizyologicznego prof. Exnera w Wiedniu p. t. »Versuch über den sogenannten Metakontrast« (Archiv f. d. ges. Phys. Bd. 140, 1911) i napisał kilka prac doświadczalnych z zakresu farmakologii.

Jako ofiary walki z durem plamistym: lek. W. P. major Stoklesa w Stanisławowie, L. Peczenik w Stryju, J. M. Zbrowski w Wilnie, M. Sieniewicz w Krakowcu, dermatolog W. Wesołowski w Warszawie, lek. por. Z. Barącz na froncie, S. Kozłowski w Ojcowie, lek. kap. A. Tykociner w Trembowli, A. Wątorek, pisarz-popularyzator we Lwowie, N. Neufeldówna w Częstochowie, F. Strasser, sekundaryusz szpitala w Rzeszowie, st. lekarz powiatowy T. Bąkowski w Wadowicach, lek. maj. docent Uniw. kijowskiego S. Nowaczek, F. Pawlicki w Łucku, lek. kap. b. st. ordynator szpitali warszawskich M. Zapasiewicz w Warszawie, J. Kosterkiewicz w Dolinie, pedyatra W. Filipkiewicz w Krakowie, J. K. Bober w Chodorowie, dyrektor szpitala M. Sołtysik w Stryju, lekarz-major Zdzisław Tomaszewski, docent medyc. wewn. we Lwowie, lek. por. Morek, K. Więckowski lek. W. P. w Zwańczyku, L. Śnieżek z Rudek we Lwowie.

Z korpusu lekarskiego W. P. od grudnia 1919 do marca 1920 zmarli przeważnie z duru plamistego lub polegli następujący lekarze i słuchacze medycyny: Pyszkowski, Obfidowicz, Jakubowski Ant., Wątorek, Pronaszko, Blücher, Bajdak, Micewicz, Taubman, Kirjasefer, Grynfeld, Borkowski St., Januszewski, Horczak, Barącz Z., Zbrowski, Kerbholzówna, Zandsznejder, Treściński, Szrejber, Riedel, Tykociner, Paszkowski-Zadora, Stoklasa, Pawlicki, Zapasiewicz, Goldberger, Nowaczek, Appel, Furk, Postrygarz. (Lek. wojsk. 8).

Nadesłano do Redakcyi: Noiszewski: Podręcznik do badania ostrości wzroku. Warszawa. Stron 35. — Cieszyński: I. Die Kontur des Unterkiefers im Röntgenogramm. II. Revision der röntg. Befunde Hauptmeyers. (Wiener Vierteli. f. Zahnheilk. 1919. Z. 3). — Lewkowicz: Le traitement spécifique de la méningite épidémique. (Odb. Arch. de méd. des enf. 1919). — Bałłaban: Wskazówki do rozpoznawania i leczenia najważniejszych chorób ocznych. Warszawa 1919. — Jaroszyński: Metody badań psychologicznych w szkole. Warszawa 1920. — Jaworski J. Spisz i Orawa, jako lecznicze stacye polskie. Warszawa 1920. (Wyd. Minist. zdrowia publ.). — Brenneisen: Higiena zębów i jamy ustnej. Wyd. II. Warszawa 1919. (Wyd. Minist. zdr. p.).— S. Karp-Rottermund: Budżet Ministerstwa zdrowia publ., według zgłoszonego Sejmowi sprawozdania. Warszawa 1920. — J. Jaworski: 1) Krynica. 2) Zakopane. (Wyd. Min. zdrowia). Warszawa 1920.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

MAGISTRAT
król. wolnego miasta
Przemyśla

Przemyśl dnia 20 lutego 1920

L.: 2992/20

KONKURS.

Magistrat miasta Przemyśla rozpisuje konkurs na posady dwóch lekarzy miejskich, jednego z poborami VIII a drugiego IX klasy rangi urzędników państwowych z prawem do awansu i emerytury.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać:

1. obywatelstwo polskie
2. dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3. dotychczasową praktykę w zawodzie lekarskim i ewentualną specyalizacyę,
4. nieskazitelność charakteru,
5. nieprzekroczony 40 rok życia.

Ubiegający się o posadę lekarza VII klasy rangi winni ponadto wykazać się egzaminem fizykackim z posadą zaś lekarza miejskiego IX klasy rangi połączony będzie obowiązek zamieszkania w dzielnicy Zasanie.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu w terminie do 20 marca 1920.

Burmistrz
Kostrzewski.

242

MINISTERSTWO
ZDROWIA PUBLICZNEGO

Warszawa, d. 3. marca 1920 r.

Nr III. 8391/1917 20.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego rozpisuje niniejszem konkurs na posadą prymarjusza oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Powszechnym w Przemyślu (Małopolska).

Kandydaci powinni najpóźniej do 15. kwietnia 1920 roku wnieść podania do Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dołączeniem:

1) Metryki urodzenia.

2) Dowodu obywatelstwa polskiego

3) Dyplomu lekarskiego, uzyskanego na jednej z wszechnic upoważniającego do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

4) Opisu przebiegu życia wraz z wykazem prac naukowych.

Do posady tej jest przywiązana: płaca roczna 1.600 koron, tudzież trzy pięcioletnie dodatki w wysokości 15% płacy, ponadto dodatki wojenno-drożyźniane, przyznane lekarzom szpitalnym przez b. galicyjski Wydział krajowy i Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

Stabilizacya na tej posadzie może nastąpić po roku gorliwej i użytecznej służby. 244

SEJMIK POWIATOWY
Powiatu Olkuskiego

Olkusz, dn. 9 lutego 1920 r.

Nr. 106

Sejmik Powiatowy w Olkuszu ogłasza konkurs na stanowisko lekarza rejonowego gminnego z siedzibą w Sułoszowie odległej od miasta powiatowego i stacji kolejowej o 10 klm. Zasiłek od gminy i Sejmiku w łącznej kwocie 20.000 mk. rocznie. Okolica zamożna. Kandydaci winni się zgłaszać dla bliższego omówienia warunków pod adresem Wydziału Powiatowego Sejmiku Olkuskiego, podając opis swej dotychczasowej praktyki. 241

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Nr 3. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto pocz. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K = Marek 3·50.

Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

V. Doniesienie.

Oznaczanie światła komór. Wydzielanie płynu mózgowordzeniowego. Wskaźnik białkowy. Powstawanie wodogłowia.

Warunki leczenia u niemowląt, dzieci starszych i osób dorosłych. Wstrzykiwanie surowicy do dolnych rogów komór bocznych.

Przypadki 85—114.

Podał **Prof. Dr. Ksawery Lewkowicz.**

(Z kliniki chorób dziecięcych Uniwersytetu Jagiell.)

Według wykładu w Tow. lekarskiem krakowskiem w dniu 25 lutego 1920.

Mimo znacznego postępu, jaki niewątpliwie stanowi stosowanie surowicy dokomorowe, nie można dotąd jeszcze sprawy swoistego leczenia zapalenia nagminnego opon uważać za całkokowicie rozwiązaną. Surowica działa bowiem wprawdzie w przeważnej liczbie przypadków tak wybitnie przeciwpasorzytnie, że działanie to nie ustępuje co do skuteczności działaniu najwydatniejszych środków swoistych, jakimi w ogóle w lecznictwie rozporządzamy, ale znów w innych przypadkach zawodzi ona zupełnie, lub też osiąga jedynie skutek połowiczny.

Surowica nie będzie oczywiście skuteczną w tych — na szczęście wyjątkowych — przypadkach, w których podstawą zakażenia nie są meningokoki, lecz inne ziarenkowce gramoujemne. Przypadki te nie należą do zapalenia nagminnego opon, ale łatwo mogą za nie uchodzić, o ile się nie przeprowadzi ściślejszych badań nad właściwościami wyhodowanych mikrobów (przyp. 115*, będzie on ogłoszony osobno).

Poza tem surowica mogłaby działać niedostatecznie jeszcze wskutek tego, że nie jest dostosowana do szczepu zakażającego, a meningokoki, jak to wykazał Dopter, okazują rzeczywiście bardzo wielką różnorodność szczepową. Materyał mój nie był niestety w tym kierunku systematycznie badany tak, że na razie trudno mi powiedzieć, jak wielkie jest znaczenie tego czynnika; nie wydaje mi się jednak prawdopodobnem, żeby różnorodność szczepowa miała być tym najważniejszym, lub jedynie miarodajnym czynnikiem, od którego zależą wyniki ujemne przy leczeniu surowicą. Z niektórych moich spostrzeżeń możnaby wprawdzie wysnuć wniosek, że wynik ujemny pozostaje w związku z obcoszczepowością surowicy (przyp. 107* i 112*), że nawet surowica taka może działać w pewnych okolicznościach wprost opacznie (przyp. 110*), ale z drugiej strony widzimy znowu, że w innych przypadkach surowica działa wybitnie dodatnio, mimo to, że jest niewątpliwie obcoszczepową (przyp. 105*). Podnieść należy także, że te różne szczepy muszą być chyba rozłożone równomiernie na rozmaite okresy wieku chorych, a tymczasem surowica stosowana dokomorowo, bez względu na różnorodność szczepową, zawodzi tylko wyjątkowo u dzieci starszych, stosunkowo zaś często u osób dorosłych, a bardzo często w niemowlęctwie. Wreszcie widzimy, że w niektórych przypadkach tasama surowica, która zastosowana początkowo nie osiąga skutku, przerywa prawie natychmiast sprawę zakaźną, gdy ją zastosujemy kilka dni później, a kiedy widocznie zastaje warunki zmienione, korzystniejsze dla swego działania (przyp. XII*, 48*, 70*).

Wszystkie te okoliczności świadczą, że muszą tu być w grze inne czynniki, które mają na skuteczność surowicy wpływ o wiele wybitniejszy, niż różnorodność szczepowa meningokoków. Dla wykrycia tych czynników trzeba było zastosować nowe sposoby badania klinicznego, umożliwiające nam lepsze niż dotąd wglądnięcie nietylko w samą sprawę chorobową, toczącą się w komorach i przestrzeniach podpajęczynówkowych, ale także w jej oddziaływanie na tkankę mózgową, na zachowanie się komór i przestrzeni podpajęczynówkowych mózgowia i rdzenia, wreszcie na wydzielanie płynu mózgowordzeniowego, jego wessanie i krążenie. Muszę tutaj na wstępie omówić te świeżo wprowadzone sposoby badania, poczem zastanowimy się nad znaczeniem niektórych wyników przy porównawczem badaniu płynu rdzeniowego i komorowego, mianowicie co do wysokości ciśnienia i zawartości białka. Wiadomości te będą nam przydatne przy omawianiu przypadków, a w szczególności umożliwią nam lepsze zrozumienie wyników przy stosowaniu surowicy. Nadmienić jednak jeszcze wypada, że wyniki tych badań rzucają także nowe światło na sprawę powstawania wodogłowia zapalnego i że badania miały pierwotnie na celu poznanie stosunków, zachodzących właśnie przy rozwijającem się wodogłowiu.

Oznaczanie światła komór.

Otóż, jeżeli mamy stwierdzić, od jakich czynników zależy powstawanie wodogłowia, to musimy przedewszystkiem mieć możność rozpoznawania wodogłowia już w samych zaczątkach, niejako in statu nascendi, i śledzenia jego dalszego rozwoju krok za krokiem. Do tego celu służy oznaczanie światła komór.

Początkowo oznaczałem tylko głębokość wkłucia, tj. tę najmniejszą głębokość, na jaką trzeba, mierząc od powierzchni skóry, igiełkę wbić, aby otrzymać wypływ z komory. Igiełkę musi się oczywiście w tym celu wsuwać bardzo ostrożnie, milimetr po milimetrze. Sposób ten nie jest zresztą nowy, gdyż posługiwali się nim już Neisser i Pollack*).

Stwierdzone głębokości wkłucia wpisane są w tablicach przypadków 81*, 94*, 99*, 105*, 107*, 109* i w pierwszej części 110*, w postaci linij falistych poziomych. Sposób ten może nam dać niewątpliwie cenne wskazówki, jednak drobniejszych odchyleń od stanu prawidłowego wykazać nim nie podobna.

Pewniejsze dane uzyskamy, jeżeli oprócz najmniejszej głębokości wkłucia, potrzebnej do otrzymania wypływu, oznaczymy jeszcze głębokość, przy której przy dalszem wkłuwaniu igiełki wypływ się zatrzymuje. Różnica tych głębokości oznaczać będzie wprost światło komory na linii wkłucia. Dane te przedstawione są w tablicach w postaci dwóch linij falistych poziomych, dotykających do linij falistej pionowej, i to — bez względu na to, w jakim porządku nakłuwano komory — po stronie lewej, o ile chodzi o komorę lewą, po prawej, o ile chodzi o prawą. Przestrzeń pomiędzy liniami wypełniona jest kreskowaniem poziomem. Jeżeli igiełka nie wystarcza do oznaczenia drugiej głębokości — używaliśmy zwykle igiełek długich na 73 i 77 mm — oznacza to linia falista skośnie opadająca od odpowiedniego punktu linii pionowej. Gdy nie otrzymywano wypływu, ale możliwe było wstrzyknięcie dokomorowe (p. n.), znaczono obie głębokości ściśle do siebie przylegające na poziomie odpowiadającym głębokości wstrzykiwania.

Spostrzeżenie 112* wykazuje, że, posługując się tym sposobem, można na ogół wcale dobrze zdać sobie sprawę, jak się przedstawia światło komór, a już wszelkie nieco znaczniejsze powiększenie światła komór nie może ujść naszej uwadze. Podobnie można śledzić nieźle za postępem wodogłowia. Mimo to wahania w wynikach są tutaj jeszcze zbyt znaczne i zależne od przypadkowych okoliczności. Tłumaczy się to tem, że wkłuwając igiełkę, według dotychczasowego mojego przepisu, na kilka centymetrów od linii środkowej, od góry zewnątrz, ku dołowi wewnątrz, nadajemy jej kierunek bardzo zbliżony do kierunku, jaki ma na przekroju czołowym szczelina komory bocznej. Igiełka może więc jednym razem przejść prawie przez całą tę szczelinę i oznaczymy światło duże, innym razem przejdzie przez brzeg szczeliny, a wtedy wypadnie w oznaczeniu światło małe. Nie jest także wyłączone, że wkłuwając głębiej, możemy trafić do komory trzeciej, a będziemy sądzić, że znajdujemy się jeszcze w komorze bocznej, przez co mogłyby wypaść liczby duże, nie odpowiadające zupełnie rzeczywistości. Wreszcie moglibyśmy także ominąć komorę boczną i trafić wprost do komory trzeciej. Może to mieć znaczenie także z tego względu, że w takim razie przy wstrzykiwaniu surowica, zwłaszcza w razie zwężenia komór, nie dostanie się do komór bocznych w ilości wystarczającej do zadziałania leczniczego.

Wobec tego postanowiłem zmienić kierunek wkłucia w ten sposób, żeby szczelina komory tworzyła z kierunkiem wkłucia kąt zbliżony, o ile możności, do kąta prostego. Wkłucie wykonuje się w tym celu mniej więcej 1 cm od linii środkowej, zatem tak, aby tylko ominąć zatokę sierpowatą większą, a igiełkę kieruje się ku dołowi i nieco ku zewnątrz w ten sposób, aby, oglądana z przodu, wydawała się zwracać do źrenicy oka tej samej strony. Miejsce wkłucia może leżeć na samym szczycie głowy, ale także więcej ku przodowi nawet poza okolicą ciemienia, albo znów ku tyłowi, nawet kilka centymetrów od szczytu. Głębokości, w ten sposób oznaczone, wpisywane są w tablicach, dla odróżnienia od głębokości przy wkłuciach według pierwotnego sposobu, w postaci linij łamanych ~~~~ poziomo przebiegających i stykających się z linią falistą poziomą.

W stanie prawidłowym światło oznaczone tym sposobem wynosi, jak wykazały badania na zwłokach, 3—10 mm, a mianowicie jest węższe na ogół w częściach przednich komory bocznej, a rozszerza się ku tyłowi.

W przebiegu zapalenia nagminnego opon komory mogą być rozszerzone, a wtedy, posługując się opisanym sposobem, można ten stan stwierdzić w sposób nie podlegający żadnej wątpliwości i można wybornie śledzić za postępem wodogłowia jeszcze w tym czasie, gdy inne objawy zupełnie zawodzą (przyp. 97*). Oczywiście sposób ten daje się zastosować nietylko przy

*) K. Pollack: Deuts. m. W. 1910. 20. str. 924.

zapaleniu opon, ale ma ogólne znaczenie dla rozpoznawania wodogłowia jakiegokolwiek pochodzenia.

Toby było jedno zboczenie, tyczące się światła komór, które można obecnie stwierdzać klinicznie w sposób względnie pewny i ścisły. Ale istnieje jeszcze drugie zboczenie, którego znaczenie jest może nawet większe, a mianowicie zwężenie komór. Jest ono według moich nowszych spostrzeżeń objawem obrzęku zapalnego mózgowia, a chodzi tu o stan, który dotąd prawie zupełnie przy zapaleniu opon nie był brany w rachubę, a który przecież ma rozstrzygające znaczenie w patogenezie przypadków ciężkich i piorunujących i który prócz tego w sposób bardzo niekorzystny oddziałuje na skuteczność surowicy.

Otóż w razie istnienia znaczniejszego obrzęku mózgowia z zacieśnieniem komór stwierdzamy światło małe. Często otrzymujemy też wypływ bardzo skąpy, a przy najmniejszem przesunięciu igiełki wypływ się zatrzymuje. Niekiedy wypływa tylko parę kropel i wypływ ustaje, mimo że igiełki się nie przesunęło. W tablicach opatrywano te ilości wykrzyknikiem na znak, że były to ilości najwyższe, jakie w ogóle można było otrzymać. Wreszcie zdarza się także, że igiełką dostajemy się do komór, a mimo to nie otrzymujemy żadnego wypływu, tak dalece komory są zaciśnięte. Że zaś rzeczywiście byliśmy igiełką w komorze, okazuje się z tego, że udaje się w tych warunkach wykonać wstrzyknięcie surowicy niewątpliwie dokomorowe, mianowicie przy niskiem ciśnieniu i z prawidłowem opadaniem tegoż, a przy podjętem w danym razie badaniu pośmiertnem niema śladów wstrzykiwania do tkanki mózgowej.

Jak wykazuje przypadek 114*, wydarza się to przedewszystkiem przy nakłuwaniu od linii środkowej, i to nawet wtedy, gdy nakłuwanie od strony guzów może jeszcze wykazać spore światło (ale to może w komorze trzeciej?) i dać pokaźny wypływ płynu. Ale, jak wynika z przyp. 112*, także i przy dawnym sposobie można nie otrzymać żadnego wypływu, mimo dostania się igiełką do komór.

W ogóle więc nakłucia od linii środkowej, ze względu na to, że szczelina komory przebiega prawie poprzecznie do kierunku wkłucia, pozwalają łatwiej i ściślej stwierdzić nawet mniejsze zboczenia światła komór, oprócz tego mają zaletę, że pewniej się trafia do komory bocznej i że wyłączone jest tu dostanie się do komory trzeciej, ale znów przy zwężeniu komór częściej nie otrzymamy wypływu, co oczywiście jest stroną ujemną tak wykonanych nakłuć.

Nadmienić tu jeszcze muszę, że w przypadku 114* wykonywałem także nakłucia rogów dolnych komór bocznych. W tym celu uskutecznia się przewiercenie czaszki na linii łączącej oba guzy ciemieniowe, 1 cm od linii środkowej, a igiełkę kieruje w ten sposób, żeby przy patrzeniu z przodu była zwrócona ku zewnętrznemu brzegowi rogówki oka tej samej strony, a przy patrzeniu z boku ku szczytowi małżowiny usznej. Uzyskane liczby przedstawione są na tablicy przypadku w postaci linij girlandowatych ⌣⌣ stykających się z linią falistą pionową.

Wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Drugim nowym sposobem badania, który wprowadziłem, jest oznaczanie wydzielania płynu mózgowordzeniowego.

W piśmiennictwie można się często spotkać z zapatrywaniem, że przy zapaleniach opon wydziela się w komorach nadmierna ilość płynu, już to płynu mózgowordzeniowego, już też wysięku zapalnego i że to właśnie prowadzi do gromadzenia się płynu w komorach i powstawania wodogłowia. Już dawno nasuwały mi się poważne wątpliwości, czy to zapatrywanie jest słuszne, a zastosowany sposób badania miał sprawę ostatecznie rozstrzygnąć.

Oznaczanie przeprowadzałem w ten sposób, że w położeniu poziomem oznaczałem ilość wypływającego z igiełki płynu na każde pięć minut w ciągu dłuższego czasu, niekiedy nawet dwóch godzin i więcej. Początkowo wypływają oczywiście przy ciśnieniu dodatniem ilości większe, następnie ciśnienie opada do zera i zmniejszają się ilości wypływające. Po pewnym czasie ilości te ustalają się i wtedy można przyjąć, że wypływają tylko takie ilości płynu, jakie się równocześnie wytwarzają w komorach. Z ilości wypływającej w ciągu 15—20—30 minut oblicza się wtedy ilość wydzielaną na godzinę. W tablicach przypadków wpisano w postaci słupa ilość upuszczoną aż do ustalenia się wypływu, a w postaci taśmy pręgowanej (o ile chodziło o nakłucie komorowe, zaś taśmy czarnej, o ile chodziło o nakłucie rdzeniowe) ilość płynu wydzielanego w ciągu godziny. Taśma ta jest przerwana, o ile przy przedstawionem nakłuciu nie oznaczano wydzielania płynu.

W warunkach prawidłowych, w których płyn mózgowordzeniowy, stanowiący w zasadzie rozczyn soli i cukru, przedstawia tylko minimalne tarcie i w których niema żadnych przeszkód w komunikacyi płynu, można oznaczać wydzielanie po wykonaniu nakłucia lędźwiowego. Przy zapaleniu jednak opon należy się w tym celu posługiwać wyłącznie nakłuciem komór. I tak z wyników w przypadku 105*, dnia 11-go, a podobnie w przypadku 107*, dnia 24-go, okazuje się że mimo dłuższego wypuszczania płynu przez nakłucie lędźwiowe, po doprowadzeniu tu ciśnienia do zera, ciśnienie w komorach może być jeszcze dość znaczne. W tych warunkach część płynu wytwarzanego może odpływać ku powierzchni mózgu i może tam ulegać wessaniu, a z drugiej strony będzie znów ze zbiornika komorowego w obec dodatniego ciśnienia wypływało więcej płynu aniżeli to odpowiada ilości wytwarzanej. Liczby zatem otrzymane na podstawie wypływu lędźwiowego będą błędne.

Badanie nie da się oczywiście wykonać, albo da wyniki niepewne, o ile komory są znacznie zwężone, lub wypełnione treścią gęstą. Warunkiem koniecznym dla badania jest także odpowiednie zachowanie się chorego, dostatecznie spokojne; najpewniejsze dane otrzymać można zatem u chorych zamroczonych z upośledzeniem oddziaływania na pobudki zewnętrzne, jak to np. było w przypadku 97* dnia 11-go i 12-go, w innych dniach natomiast dziecko było nieco niespokojne, stąd więc wyniki mają mniejszą wartość.

Wszystkie wykonane przezemnie oznaczenia wykazują niezbicie, że przy zapaleniu nagminnem opon nie może być mowy o nadmiernem wydzielaniu płynu, przeciwnie wydzielanie to jest zawsze wyraźnie upośledzone. Największe upośledzenie stwierdzano w przypadkach ciężkich, np przypadku 99*, chociaż z powodu zwężenia komór, a potem ropogłowia, oznaczanie wydzielania nie mogło tu być zbyt dokładne. Upośledzenie to zbliża się do zupełnej prawie anhydryi płynu mózgowordzeniowego, anologicznej do bezmoczu przy zapaleniu nerek.

W przeciwieństwie do tego, co dotąd sądzono, obfite wydzielanie płynu mózgowordzeniowego jest objawem korzystnym, płyn bowiem przepłukuje wydatnie komory i nie dopuszcza do nagromadzenia się w nich zbitej ropy. Obawiać się powinniśmy więc nie wzmożenia, ale właśnie obniżenia wydzielania płynu mózgowordzeniowego, gdyż zaburzenie to, o ile dosięgnie znaczniejszego stopnia, wiedzie do zalegania wysięku w komorach i zbijania się ropy w grube masy. Te masy ropne naszpikowane gęsto meningokokami, pokrywające nabłonek wyściółki i splotów nie mogą być dla komórek obojętne, ale uszkadzają je może jeszcze w wyższej mierze, niż sama sprawa zakaźna; przez to samowyleczenie staje się zupełnie niemożebne. Ale także leczenie surowicą będzie bezowocne, gdyż masy ropne nie dopuszczą surowicy do wszystkich gniazd meningokoków.

Zaznaczyć wreszcie należy, że znaczne obniżenie wydzielania płynu mózgowordzeniowego występuje z reguły w parze, a może jest także w pewnym genetycznym związku z wyższymi stopniami obrzęku mózgowia.

Różnica ciśnienia.

Wydzielanie płynu mózgowordzeniowego w komorach i jego wsysanie w przestrzeniach podpajęczynówkowych stanowią dwa główne czynniki, warunkujące krążenie tego płynu. Prowadzić one muszą do pewnej przewagi ciśnienia komorowego nad ciśnieniem w przestrzeniach podpajęczynówkowych, ale różnice te są w stosunkach prawidłowych, a także w przypadkach nie powikłanych zapalenia opon tak drobne, że nie można ich uchwycić przy zwykle stosowanym sposobie badania. Wyraźna różnica ciśnień pojawia się jednak natychmiast, o ile wytworzą się utrudnienia komunikacyi między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia. Ponieważ różnice te zwykle nie są zbyt znaczne, a mimo to musi się im przyznać doniosłe znaczenie, należy pomiary wykonywać z wielką starannością. Wyniki pewne można otrzymać tylko przy spokojnem zachowaniu się chorego; u chorych niespokojnych wyzyskujemy powtarzające się od czasu do czasu chwile uspokojenia się. Dane niepewne zaopatrzone są w tablicach pytajnikami. Ciśnienie musi być mierzone w kanale kręgowym i w komorach ściśle na równej wysokości przy położeniu poziomem ciała. Połączenia wszystkie między igiełką, a manometrem muszą być szczelne. Ciśnienia można mierzyć równocześnie w kanale kręgowym i w komorach, na ogół jednak wystarczy wykonanie najprzód nakłucia lędźwiowego, a potem komorowego. W komorze znajdujemy wtedy często ciśnienie wyższe od ciśnienia końcowego w kanale kręgowym, tj. ciśnienia stwierdzonego po upuszczeniu pewnej ilości płynu, a niekiedy nawet od ciśnienia początkowego. W jednym i drugim wypadku udowodnione jest temsamem utrudnienie

komunikacyi między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia (przyp. 88*, 97*, 99*, 105*, 107*, 110*, 112*, 114*). Ciśnienie w kanale kręgowym szybko zwykle w tych warunkach opada przy upuszczaniu płynu, a często także można stąd otrzymać tylko bardzo skąpy wypływ (przyp. 94* i 95*).

Wspomnieć tu jeszcze muszę, że w razie znacznego utrudnienia komunikacyi może w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia podczas krzyku występować ciśnienie ujemne, które w spokoju powoli się następnie wyrównuje (przyp. 95*, dn. 19-go; to samo zachodziło prawdopodobnie w przyp. 86*, dnia 4-go).

Wskaźnik białkowy.

Bardzo cenne wskazówki co do zachowania się prądu płynu mózgowordzeniowego można otrzymać przez porównanie zawartości białka w płynie komorowym z zawartością w płynie rdzeniowym. Ułatwimy sobie to porównanie, jeżeli nie będziemy się oglądać ani na zawartość bezwzględną białka tych płynów, ani na różnicę zawartości, lecz za miarodajny uznamy stosunek, jaki zachodzi między zawartością białka w płynie rdzeniowym a zawartością w płynie komorowym i stosunek ten nazwiemy wskaźnikiem białkowym.

Ponieważ zawartość białka wyrażana jest w tablicach (od II doniesienia) w podziałce geometrycznej, wskaźnik ten można odczytywać wprost z różnicy wysokości słupa rdzeniowego i komorowego. Przyłożyć w tym celu należy punkt **1** podziałki geometrycznej do szczytu słupa komorowego, a wtedy położenie szczytu słupa rdzeniowego na podziałce da nam wskaźnik białkowy. Jeżeli więc np. słup rdzeniowy jest o trzy dziesiętne piętra czy stopnia podziałki wyższy od słupa komorowego (przyp. 112*, dzień 14, komora prawa), wskaźnik wynosi okrągło **2**, jeżeli jest wyższy o **6** dziesiętnych (dzień 23), wskaźnik wynosi **4**, jeżeli o **9** dziesiętnych (dzień 18 komora prawa), wskaźnik wynosi 8, gdy jest równy (dzień 21, komora lewa), wskaźnik wynosi **1**, gdy jest niższy o 1 dziesiętną (dzień 44, komora prawa), wskaźnik wynosi **0,8**, gdy jest niższy o **5** dziesiętnych (dzień 44, komora lewa), wskaźnik wynosi **0,3**.

W przypadkach bez znaczniejszych zaburzeń w krążeniu płynu wskaźnik białkowy jest większy od jednostki i waha się przeważnie między 2 a 5, t. zn., że zawartość białka w płynie rdzeniowym jest 2 do 5 razy wyższa, niż w płynie komorowym. Wynika z tego, że przy zapaleniu nagminnem opon, w warunkach zwykłych, przybywa wyraźnie w płynie wysięku płynnego po przejściu płynu do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, co się właśnie wyraża najlepiej podniesieniem się zawartości białka, ale odbija się prócz tego także na zawartości globulin i istoty włókniko-rodnej.

Od tego średniego stanu wskaźnika białkowego możliwe są odchylenia w dwóch kierunkach.

I tak wskaźnik może się zbliżać do jednostki, lub nawet wynosić jeden, co świadczy, że wysięku płynnego w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia nie przybywa wcale, lub przybywa tylko bardzo niewiele. Wyjątkowo może się nawet zdarzyć, że przestrzeń podpajęczynówkowa rdzenia zawiera płyn o mniejszej zawartości białka, aniżeli komory, innemi słowy, że wskaźnik białkowy jest niższy od jednostki. Musimy tu przyjąć, że przy nakłuciu komór otrzymujemy płyn z miejsc, w których płyn ulega zastojowi i nasyca się skutkiem tego białkiem w wyższej mierze, niż części płynu odpływające do przestrzeni podpajęczynówkowej. Możliwe to jest zwłaszcza w okresie wodogłowia, wzgl. ropogłowia (przyp. 112* dzień 30, 37, 44, przyp. 115*, dzień 391). Widzimy też wtedy, że istnieją także inne objawy zastoju płynu w komorach, mianowicie zaleganie ropy w większych masach i ksantochromia płynu komorowego. Stopień zastoju może być różny po obu stronach, a, co za tem idzie, różny też będzie dla obu stron wskaźnik białkowy.

Obniżenie wskaźnika białkowego do jednostki, lub wartości zbliżonej do jednostki, następuje wtedy, gdy odpływ płynu mózgowordzeniowego ku przestrzeniom podpajęczynówkowym mózgu zostaje zahamowany. Najjaśniej ten związek przedstawia się w przyp. 112* od dn. 19 i przyp. 115* od dnia 391, gdyż w przypadkach tych, jak wykazało badanie pośmiertne, nietylko odpływ ku sklepistości mózgu, ale także odpływ ku zbiornikom na podstawie wcale się nie odbywał i odbywać nie mógł, gdyż przestrzenie te były zupełnie zanikłe i zarośnięte; nie zawierały też one wcale ropy. W takich okolicznościach cały prąd płynu musi się zwrócić ku przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, a skutkiem tego odbywa się tam tak żywe wessanie płynu, że niema czasu na większe nasycenie płynu wysiękiem z opon rdzenia. Podnieść należy, że prąd żywy w kierunku rdzenia utrzymywał się w obu tych przypadkach mimo poważnych przeszkód komunikacyjnych między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia, w pierwszym przypadku skutkiem wklinowania móżdżku i rdzenia przedłużonego w otwór potyliczny wielki, co doprowadziło do różnic ciśnienia dochodzących do 15 mm Hg, w drugim skutkiem obecności mięsaka, przyczem różnica ciśnień doszła dnia 397, jeżeli się będzie liczyć od ciśnienia po upuszczeniu płynu przez nakłucie lędźwiowe, do 70 mm rtęci (80—10).

W obu wymienionych przypadkach chodziło o stosunki krańcowe z zupełnem zamknięciem odpływu dla płynu mózgowordzeniowego ku powierzchni mózgu, przytem stosunki te polegały na zmianach anatomicznych trwałych tak, że wszelka zmiana kierunku prądu była tu zupełnie niemożebna.

Istnieją jednak stany, w których odpływ płynu ku powierzchni mózgu nie jest całkiem przerwany, lecz tylko mniej lub więcej utrudniony, mianowicie w zakresie sklepistości mózgu, podczas gdy zbiorniki płynu na podstawie mózgowia są utrzymane i może się w nich odbywać wsysanie płynu. I tutaj przyczyna może być trwała, jak to widzimy przy zwężaniu rowków, gdy już rozwinęło się znaczniejszego stopnia wodogłowie zapalne (przyp. I*, V*, 24*, 87*, 90*, a w mniejszym stopniu także przyp. IX* i 46*). Mimo to nie jest w tych przypadkach wyłączone, że główny prąd płynu, idący w takich razach ku rdzeniowi, może się znów zwrócić ku powierzchni mózgu, co się wyrazi podniesieniem się wskaźnika białkowego (przyp. 15*, p. n.).

Przyczyną zwężenia rowków, obniżenia wessania płynu na powierzchni mózgu, a, co za tem idzie, i obniżenia wskaźnika białkowego, może być jednak, mojem zdaniem, także obrzęk zapalny mózgowia, zdarzający się nierzadko, szczególniej w początkach przebiegu przypadków ciężkich, lub przy zaostrzeniach sprawy zakaźnej, a objawiający się klinicznie m. i. mniej lub więcej wybitnem upośledzeniem przytomności. Obrzęk ten może w dalszym przebiegu znacznie się zmniejszyć, a tem samem mogą ustąpić lub zmniejszyć się wywołane przez niego zboczenia w krążeniu płynu mózgowordzeniowego. Chociaż, jak zobaczymy później, obrzęk mózgowia może działać także w innym kierunku, to przecież w ten sposób łatwo się tłumaczy, że w przypadku 68* między dniem 8—12. a chociaż mniej wyraźnie także w przypadku 105* około dnia 11. kiedy przytomność jest najbardziej upośledzona, znajdujemy też najniższe wartości dla wskaźnika białkowego, a potem przytomność wraca i wskaźnik białkowy się podnosi.

Obrzęk mózgu stanowi jednak niewątpliwie często podstawę do stałego zacieśnienia rowków i do rozwijania się wodogłowia, a wtedy wskaźnik także po ustąpieniu obrzęku utrzymuje się na niskim poziomie. I tak w przyp. 15* dnia 2. w związku z obrzękiem początkowym mózgu, wyrażającym się znacznem przymgleniem przytomności i drgawkami, wskaźnik białkowy jest niski: **1,5**. W stosunkach krążenia płynu mózgowordzeniowego nie następuje tu w dalszym przebiegu, jak wykazują badania dn. 10. i 16. żadna zmiana na lepsze, przeciwnie nawet, wskaźnik białkowy opada do jednostki, mimo to, że obrzęk mózgowia musiał był ustąpić, jak o tem świadczyło odzyskanie przez chorego pełnej przytomności i poprawa usposobienia między dniem 6—18, widocznie więc rowki na powierzchni mózgu pozostały w dalszym ciągu zwężone. Dopiero dnia 19. następuje nagle zmiana. Jak świadczy szybkie podnoszenie się wskaźnika białkowego, który w końcu, dnia 25. i z dnia 26. na 27. wynosi **10**, prąd płynu musiał się w tym czasie zwrócić głównie ku powierzchni mózgu, oczywiście nie ku rowkom na sklepistości, które były zamknięte, ale przynajmniej ku zbiornikom na podstawie, które też okazały się przy badaniu pośmiertnem wypełnione ropą, zatem utrzymane, w przeciwieństwie do stosunków w przypadku 112* i 115*. Przyczyną zmiany prądu musiało tu być wytworzenie się utrudnienia komunikacyi płynu w kierunku rdzenia, które się już zapowiadało do pewnego stopnia dnia 18., ale wystąpiło w całej pełni nagle dopiero dnia 19. a to niewątpliwie w związku z zaostrzeniem się zakażenia po podjętych w przeddzień upustach płynu rdzeniowego i komorowego bez wstrzyknięcia surowicy. Zaostrzenie zakażenia wywołało ponownie obrzęk mózgu, a ten znów sprowadził wklinowanie części mózgowia do otworu potylicznego wielkiego, co tem łatwiej nastąpiło, że rowki na powierzchni mózgu były już poprzednio zwężone i mózg w tym kierunku nie mógł powiększyć swej objętości. Na podkreślenie zasługuje tu jeszcze wystąpienie równoczesne przymglenia przytomności, wysokiego stopnia sztywności karku z odchyleniem głowy ku tyłowi, drżenia odruchowego kończyn i wymiotów.

Drugą możliwość stanowi wysoki stan wskaźnika białkowego. Znaczenie tego objawu wyjaśniają nam znów najlepiej te

krańcowe przypadki, w których komunikacya płynu między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia zostaje zupełnie przerwaną (przyp. 62*, dzień 19. i 20. przyp. 94*, dzień 26). W takich razach następuje bowiem w przestrzeni odciętej od dalszego dopływu materyału zakaźnego z komór wygaśnięcie sprawy zakaźnej do tego stopnia, że zapalenie przybiera cechy zapalenia surowiczego. Mimo to wskaźnik białkowy podnosi się wtedy ponad 10, czasem aż do 25, zatem do najwyższych możliwych granic. Polega to na podniesieniu się ilości białka w worku podpajęczynówkowym rdzenia; a miarodajnym czynnikiem jest tu brak dopływu świeżego płynu mózgowordzeniowego z komór, jednem słowem zastój płynu w zakresie rdzenia, przez co płyn ten ma czas nasycić się białkiem z opon, dotkniętych jeszcze bądź co bądź sprawą zapalną. Innymi objawami tego zastoju są: ksantochromia płynu rdzeniowego, a niekiedy także krzepnięcie masowe.

Podstawę anatomiczną takiej zupełnej i trwałej przerwy komunikacyi stanowi zarośnięcie przestrzeni podpajęczynówkowej, mianowicie w zakresie górnej części szyjnej rdzenia, a towarzyszą mu często zrosty zewnętrzne pajęczynówki z twardówką, jak to stwierdzono w przyp. 94*. Podobne zmiany, które jednak nie doprowadziły do zupełnego przerwania komunikacyi, stwierdzono także w przyp. 81* — o czem w opisie przypadku brakuje wzmianki — i w przypadku 95*. Także w tych wszystkich przypadkach wskaźnik białkowy był bardzo wysoki. Zrosty te jednak nie mogłyby się były wytworzyć, gdyby w tym zakresie rdzenia był utrzymany dostatecznie silny prąd płynu mózgowordzeniowego. Musiała zatem istnieć już poprzednio jakaś inna, pierwotna przyczyna, utrudniająca przepływanie płynu ku rdzeniowi. Otóż przyczynę tę stanowi, mojem zdaniem, obrzęk mózgowia, o ile doprowadzi do wklinowania części mózgowia do otworu potylicznego wielkiego. Z drugiej strony należy znów z naciskiem podnieść, że wklinowanie, jak wynika z przyp. 112*, nie doprowadzi do wytworzenia zrostów, o ile, z powodu niedrożności rowków i zbiorników na powierzchni mózgowia, główny prąd płynu zwracać się będzie, mimo przeszkody zależnej od wklinowania, stale ku rdzeniowi.

Podczas gdy zarośnięcie przestrzeni podpajęczynówkowej szyjnej jest czynnikiem trwałym, nie podlegającym już wahaniom, obrzęk mózgowia jest przeciwnie czynnikiem zmiennym, który może się cofać i może wreszcie zupełnie ustąpić. W takich razach wskaźnik białkowy, który w okresie obrzęku podniósł się choćby bardzo znacznie do **10** i wyżej, wraz z cofaniem się obrzęku opada do wartości średnich (przyp. 73*, 75*, 79*, 86*). Wklinowanie zatem mózgowia jako skutek obrzęku stosunkowo łatwo się wyrównuje, w przeciwieństwie do zwężenia rowków na powierzchni mózgu, które przedstawia zmianę bardziej trwałą, co zresztą łatwo zrozumieć i co już z tego wynika, że wskaźnik białkowy, o ile raz na dłuższy czas znaczniej opadł, chyba tylko wyjątkowo podnieść się może do wartości średnich. Mierne jednak opadnięcie nie wyłącza wyleczenia, chociażby ono pod względem czynnościowym nie było zupełne (przyp. 75*, 105*). Krótkotrwałe zaś, nawet znaczniejsze zaburzenia, odbijające się obniżeniem wskaźnika białkowego (przyp. 77*, dzień 24), jak również nieznaczne, chociaż dłużej trwające lub częściej się powtarzające (przyp. 70* dzień 5, 7, 10, 16), mogą, jak się zdaje, przebrzmieć bez znaczniejszych trwałych uszkodzeń.

Jak z powyższych wywodów wynika, obrzęk mózgu wywołuje, zależnie od okoliczności, zmiany, które na wskaźniku białkowym odbijają się w kierunkach wprost przeciwnych, mianowicie zwężenie rowków na powierzchni mózgowia i wklinowanie części mózgowia do otworu potylicznego wielkiego. Wobec tego jeden wpływ może zobojętnić wpływ drugi i będziemy mieli, mimo obrzęku, wskaźnik średnio wysoki. Wynika to jasno z takich spostrzeżeń, jak 99*, w których przy ciężkim stanie ogólnym przeważa początkowo wklinowanie (wskaźnik wysoki), przy końcu znów zwężenie rowków (wskaźnik niski), podczas gdy dnia 8. i 10. znajdujemy wskaźnik średni przy największem przymgleniu przytomności. Podobnie przebiegał także przypadek 52*. Na możliwość takiej interferencyi wpływów wskazują jeszcze te przypadki, w których znaczna różnica ciśnienia świadczy dowodnie o utrudnieniu komunikacyi między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia, za czem powinien iść wskaźnik wysoki, a w których mimo to wskaźnik białkowy jest średni, lub nawet niski, co można tłumaczyć tylko równoczesnem zwężeniem rowków mózgowia (przyp. 99* od dn. 8-go, przyp. 105*, 107*, 110* od dn. 23-go, 112*, 115*). Nie powinno nas zatem wobec tego wszystkiego dziwić, jeżeli przy najwyższych stopniach obrzęku mózgowia, jakie musimy przyjąć w przypadkach piorunujących lub szybko wiodących do śmierci, znajdujemy dla wskaźnika białkowego wartości średnie (przyp. 69*, 83*, 103*, 110*).

Powstawanie wodogłowia.

Najlepiej może chyba przedstawi się nam wartość opisanych metod badania i sposób, w jaki należy zużytkowywać ich wyniki, jeżeli je zastosujemy do wyświetlenia sprawy powstawania wodogłowia zapalnego.

Weźmiemy za podstawę rozważań przyp. 97*, gdyż w przypadku tym mogliśmy śledzić za rozwojem wymienionego powikłania od samego początku.

I tak 6. dnia choroby światło komór było jeszcze prawidłowe. Wypuklenia ciemienia stwierdzonego wówczas nie można było tłumaczyć wzmożeniem się ciśnienia, gdyż ciśnienie to wynosiło 14, było więc w przybliżeniu prawidłowe. Należało je więc odnieść do obrzęku mózgowia, objawiającego się prócz tego pewną apatyą chorej. Wskaźnik białkowy względnie wysoki (5) świadczył jednak, że rowki na powierzchni mózgu nie były jeszcze wtedy zwężone, a ciśnienie płynu, okazujące tę samą wysokość w komorach, co w kanale kręgowym, wskazywało, że nie było także utrudnień komunikacyi na drodze ku przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia.

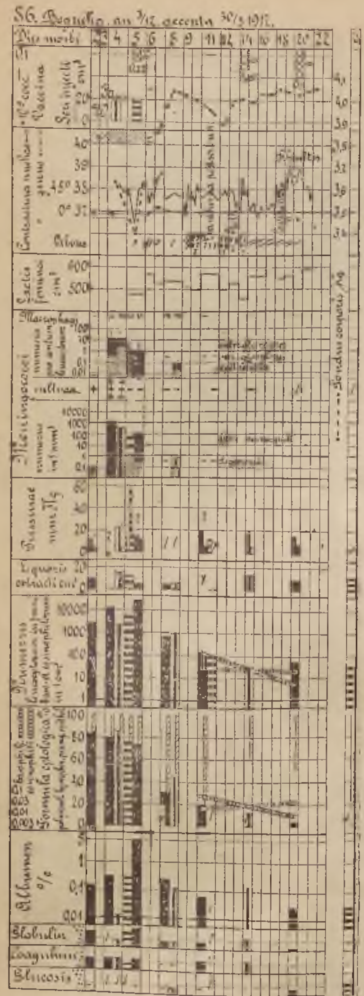
Dnia 7. zauważono z nowych objawów drżenie kończyn odruchowe; dnia 8. lekkie przymglenie przytomności, wystąpienia zezu zbieżnego, a zmniejszenie się wypuklenia ciemienia. Przy nakłuciach stwierdzono, że komory wyraźnie się już rozszerzyły. Rozszerzenia tego nie można było odnosić do nadmiernego wydzielania płynu, gdyż wydzielanie to, oznaczone co prawda dopiero dnia 11., okazało się bardzo niskie, było ono jednak niewątpliwie niskie od początku, czego dowodem było niskie ciśnienie mimo utrudnienia odpływu. Ciśnienie w komorach było zbliżone do prawidłowego, nie mogło więc także żadną miarą samo przez się tłumaczyć rozwijającego się wodogłowia. Za to stwierdzono po raz pierwszy pewną przewagę ciśnienia w komorach w stosunku do ciśnienia płynu rdzeniowego, co należało tłumaczyć wklinowaniem mózgowia w otwór potyliczny wielki. Obrzęk mózgowia będący podstawą tej zmiany musiał się jednak już wtedy w jeszcze większej mierze odbić na rowkach mózgowia, gdyż wskaźnik białkowy, mimo tego wklinowania, wynosił tylko 1,7. Pierwotną zmianę stanowiło tu więc zwężenie rowków, powstające pod wpływem obrzęku mózgowia. Wytworzyło ono niewątpliwie chyba jeszcze większą różnicę ciśnienia między komorami a rowkami, aniżeli ta różnica, którą równocześnie stwierdzano między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia. W rowkach musi bowiem ciśnienie, jeżeli dopływ od komór jest znacznie utrudniony, spaść szybko do zera, lub nawet do wartości ujemnych, a to skutkiem działania ssącego drobnych naczyń żylnych w związku z wysokiem położeniem głowy. Tem też należałoby tłumaczyć, że wypuklenie ciemiączka w tym czasie zaczęło się cofać tak, że dnia 10. ciemiączko było już zupełnie płaskie. Dopiero ten brak równoważącego ciśnienia od strony rowków, przy utrzymaniu ciśnienia komorowego, choćby wcale nie wzmożonego, ale działającego jednostronnie, stale, przez czas dłuższy, tłomaczy nam dostatecznie powiększanie się światła komór.

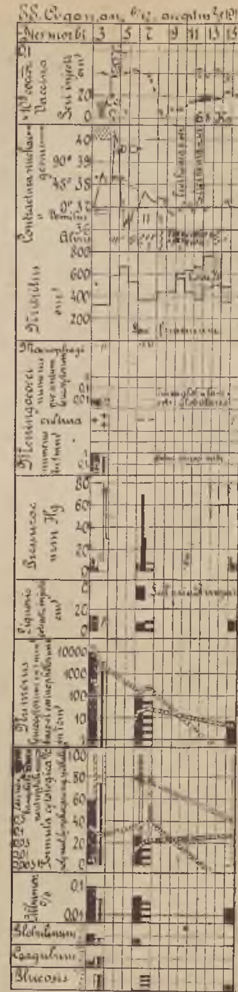
Wobec zwężenia rowków i miernego wklinowania, odpływ płynu był utrudniony, wobec tego zaś, że także wydzielanie jego było znacznie obniżone, nic dziwnego, że płyn znajdował się w zastoju, co się objawiało ksantochromią i wysoką stosunkowo zawartością białka tak płynu rdzeniowego, jak i komorowego.

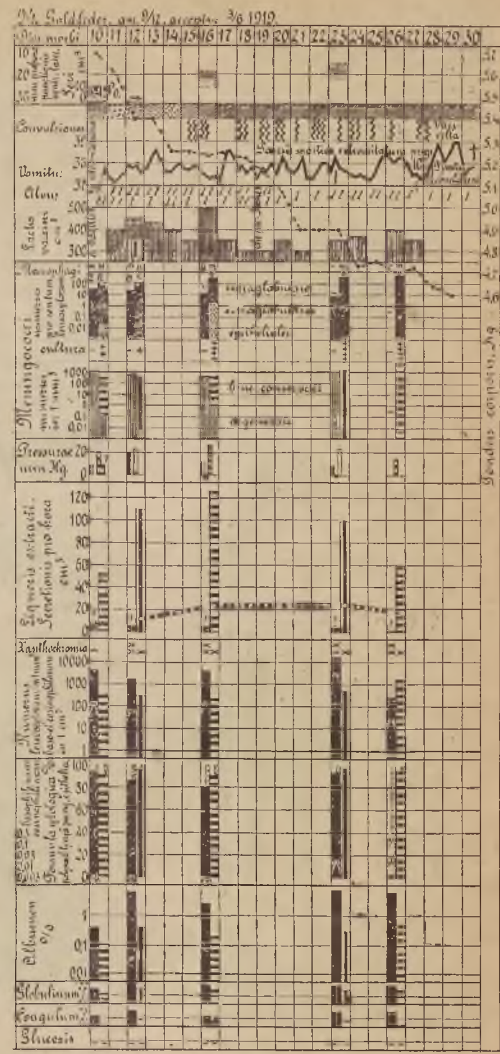
Dnia 9. sprawa postąpiła dalej. Popołudniu pojawiły się drgawki, które od godz. 6 wieczorem utrzymywały się bez przerwy; oddychanie nieregularne, tętno 160, zupełna nieprzytomność. Przy zabiegach wykonanych o $^1/_2$10 wieczorem stwierdzono jeszcze większe rozszerzenie komór i przelotnie, podczas drgawek, znaczną różnicę ciśnienia między komorami, a kanałem kręgowym, a w związku z tem względnie wysoki wskaźnik białkowy (4). Od tego czasu przytomność stale znacznie przymglona.

Od dnia 10. niedowłady kurczowe kończyn. Stanowiły one dalszy dowód zupełnego przerwania dopływu płynu z komór do rowków sklepistości mózgu, gdyż są one objawem stwardnienia (sklerozy) opon miękkich i przylegających warstw mózgu, a stwardnienie takie może się tylko wtedy wytworzyć, jeżeli w rowkach ropienie ustaje, a pozostałe masy ropne ulegną rozpadowi i organizacyi.

Badania w dniu 11. wykazały podniesienie się ciśnienia w całym układzie przy dobrej komunikacyi między komorami a kanałem kręgowym. Podniesienie to należało także odnieść do zamknięcia rowków i utrudnienia w ten sposób wessania płynu. Wskaźnik białkowy był też niski (1,1). Podnoszenie się ciśnienia







było tu więc taksamo następstwem wyłączenia rowków, jak wodogłowie, a nie było wcale pierwotną przyczyną wodogłowia, chociaż w dalszym przebiegu mogło ono mieć dla rozwoju wodogłowia pewne znaczenie. Przytem tworzy się w ten sposób błędne koło: zwężenie rowków doprowadza do rozwoju wodogłowia i podniesienia się ciśnienia w komorach, a znów te zboczenia muszą prowadzić do dalszego zwężania rowków.

Ciśnienie płynu wzrastało do dnia 18. i okazywało przytem wyraźną przewagę w komorach; potem obniżało się znów stopniowo. W tym samym czasie, od dnia 17., ciemiączko zaczęło się lekko wypuklać, między dniem 18. a 22. było zaś znacznie wypuklone, poczem wypuklenie zmniejszyło się, a następnie ustąpiło na jakiś czas zupełnie. Komory rozszerzały się w dalszym ciągu. Obwód głowy powiększył się w ciągu całego spostrzegania z 41,8 na 43 cm.

Z powyższego przedstawienia wynika jasno, że zmianą podstawową przy powstawaniu wodogłowia jest zwężenie rowków na powierzchni mózgu, będące znów samo następstwem wyższych stopni obrzęku mózgowia. Do podobnych wniosków musi się także dojść w przyp. 112*, a chodziło tu o osobę dorosłą. Ale także wyniki badań w przyp. 15*, omówionym już powyżej, dalej w przypadkach 94* i 95*, tyczących się niemowląt i przypadku 99*, tyczącym się osoby dorosłej, chociaż mniej wyczerpujące, mogą przecież posłużyć do poparcia wypowiedzianego twierdzenia.

Przypadki.

W bieżącej seryi używałem od marca 1919 surowicy, pochodzącej z zakładu Pasteurowskiego w Paryżu. Surowica ta znaczona jest literą *P* i stosownie do tego, czy chodziło o surowicę zwykłą, parameningokokową *A*, lub *B*, dodatkowym znakiem *o.*, *p. A*, lub *p. B*.

A) Niemowlęta.

Przypadek 86*. Niemowlę 3-miesięczne, karmione piersią, przyjęte w 4. dniu choroby. Dziecko drobne, pochodzące z bliźniąt; przy urodzeniu ważyło 2·2 kg, przy przyjęciu 3·6. Przymglenie przytomności, niedomykanie powiek, napięcie ciemiączka, objaw karkowy Brudzińskiego dodatni, a brak objawu łonowego, sztywności karku i objawu Kerniga. Po surowicy wiedeńskiej z dopełniaczem szybkie wyleczenie. Wypuszczona do domu rozwijała się ta dziewczynka następnie zupełnie prawidłowo.

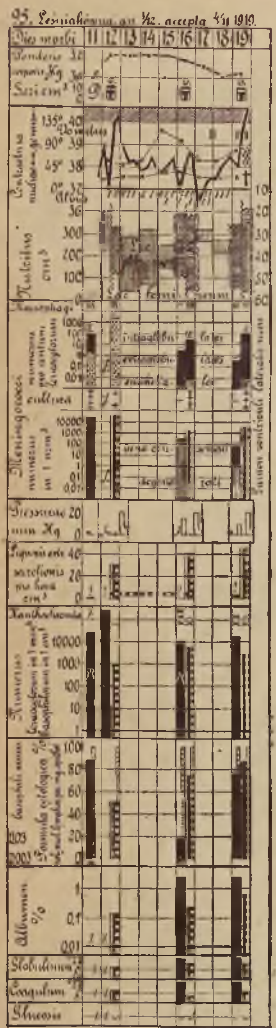
Wskaźnik białkowy dnia 4. bardzo wysoki (25), znaczna różnica ciśnienia i znaczne przymglenie przytomności świadczyły tu o obrzęku mózgowia wyższego stopnia z wklinowaniem do otworu potylicznego wielkiego; zaburzenie to wyrównało się jednak następnie szybko, co należy odnieść do jędrności tkanki mózgowej.

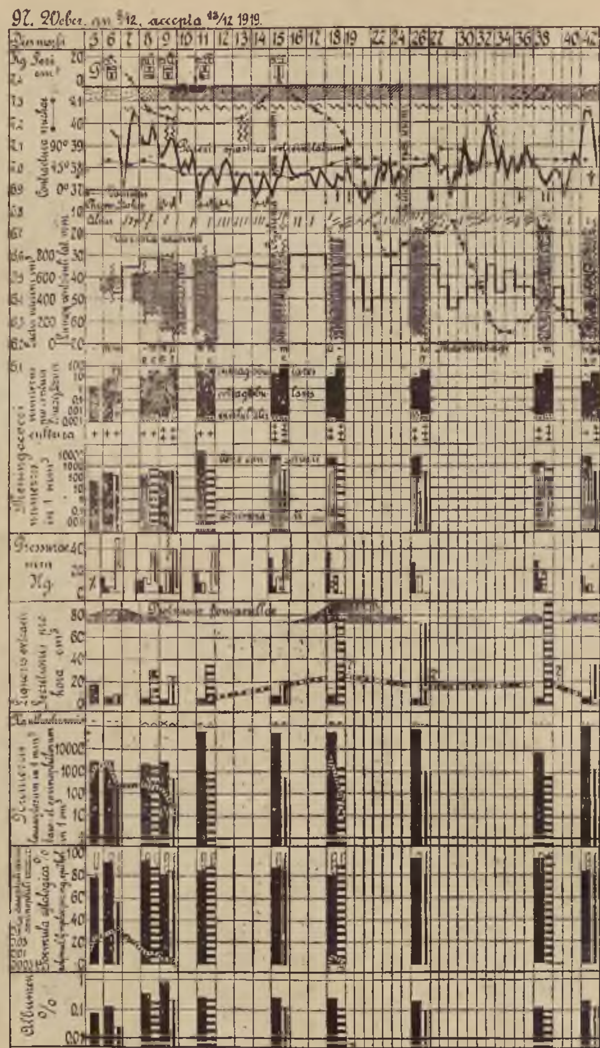
Przyp. 88*. Niemowlę 6-miesięczne, karmione piersią, bez zboczeń ogólnych, przyjęte w 3. dniu choroby, z miernie ciężkimi objawami oponowymi. W każdym razie lekkie przymglenie przytomności, ślad drżenia stopowego po obu stronach i wyraźna różnica ciśnienia świadczyły o znacznym obrzęku mózgowia z wklinowaniem, a wobec tego prawidłowy wskaźnik białkowy mógł być tylko tłómaczony równoczesnem zwężeniem rowków. Wyleczenie po jednem wstrzyknięciu surowicy wiedeńskiej z dopełniaczem. Wtedy okazało się, że wskaźnik białkowy opadł znacznie, ustąpiło bowiem wklinowanie, a utrzymywało się jeszcze pewne zwężenie rowków.

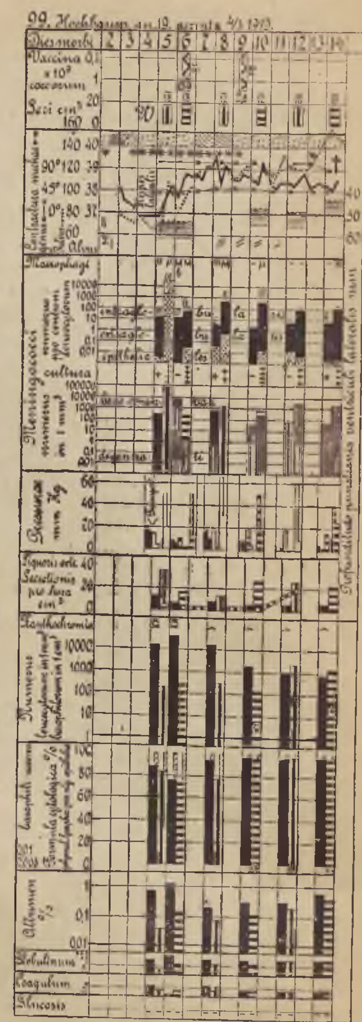
Przyp. 94*. Dziecko 9-miesięczne, sztucznie karmione, licho odżywione, krzywicze, z tkankami wiotkiemi. Przyjęte w 10. dniu choroby, okazuje odchylenie głowy ku tyłowi, które jednak łatwo daje się pokonać; ciemiączko lekko wypuklone, senność. Objaw Kerniga i objawy Brudzińskiego ujemne. Odruchy kolanowe wyraźnie wzmożone.

Od dn. 13. coraz większe przymglenie przytomności, od dn. 15. często powtarzające się drgawki, od dn. 19. niedowład kończyn kurczowy postępujący.

Od początku spostrzegania wodogłowie powoli ale stale wzrastało. Stale także można było stwierdzać utrudnienie komunikacyi między komorami a kanałem kręgowym, objawiające się wybitną ksantochromią płynu rdzeniowego, wytwarzaniem się w nim dość zbitego skrzepiku, wysokim wskaźnikiem białkowym i znaczną różnicą ciśnienia między komorami a kanałem







kręgowym. W kanale kręgowym było przeważnie ciśnienie niskie, przytem po upuszczeniu małych ilości płynu opadało ono do zera lub poniżej zera, a w komorach stwierdzano potem ciśnienie względnie wysokie. Dnia 26. wykonano nakłucie lędźwiowe, wypuszczono 1·5 cm³ płynu sprowadzając ciśnienie do 0, a wstrzyknięto 8 cm³ płynu Ringera. Ciśnienie podniosło się ostro do 50 mm Hg i bardzo powoli tylko opadało, a u chorego pojawiły się zaburzenia w oddychaniu. Po wypuszczeniu 6 cm³ ciśnienie opadło znów do zera. W ten sposób można było wykazać, że także od rdzenia ku komorom lub ku powierzchni mózgowia płyn przez przeszkodę nie przechodził.

Po zupełnem odcięciu przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia od komór następuje tu szybko wygaśnięcie swoistej sprawy zakaźnej, co tem bardziej musi uderzać, że warunki ogólne nie były dla tego miejscowego samowyleczenia korzystne. W ten sam sposób wygasa jednak sprawa także na sklepistości mózgu, po ustaniu krążenia w rowkach.

Badanie pośmiertne wykazało na całych płatach czołowych i częściach przednich płatów ciemieniowych i skroniowych opony miękkie zgrubiałe, białawe, matowe. Nigdzie tutaj nie było ani śladu ropy. Tylko w zbiornikach na podstawie pozostających w łączności z komorami, zatem naokoło rdzenia przedłużonego, mostu Varola, skrzyżowania nerwów wzrokowych, znajduje się ciecz mętna zmieszana z ropą. Rowki na sklepistości zupełnie wygładzone, zwoje spłaszczone. Komory znacznie rozszerzone, dolne tylne części komór bocznych i komora IV, wypełnione ropą. Na oponach miękkich rdzenia tylko pokład galaretowaty, opona zgrubiała, nigdzie jednak niema ropy. W górnej części szyjnej twardówka zrosła z pajęczynówką, przestrzeń podpajęczynówkowa w tem miejscu zupełnie zarośnięta, co się daje stwierdzić zgłębnikiem.

Jelita okazują zmiany, odpowiadające nieżytowi przewlekłemu, zresztą narządy wewnętrzne bez zmian ważniejszych.

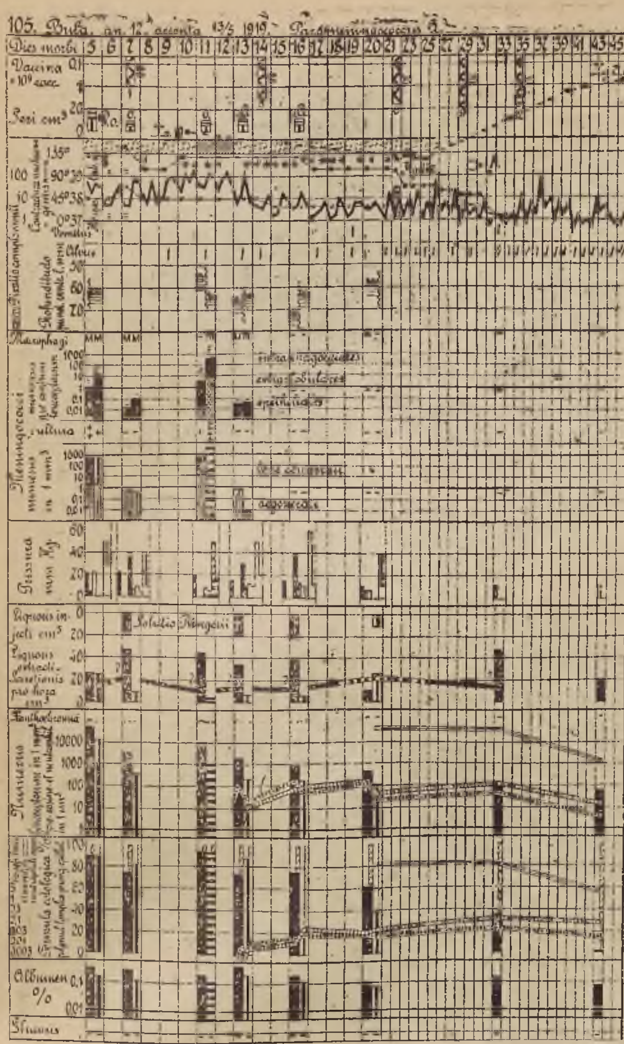
Przyp. 95*. Niemowlę 3-miesięczne, karmione piersią, bez zmian ogólnych (objaw Erba ujemny), odżywione słabo. Przyjęte 11. dnia choroby w stanie ciężkim: zamroczenie znaczne, ciemiączko lekko zapadnięte, głowa odchylona ku tyłowi, sztywność karku 60⁰ (położenie głowy przy podnoszeniu dziecka za głowę tak, że podnosi się cały tułów). Kernig 30⁰, Brudziński ±.

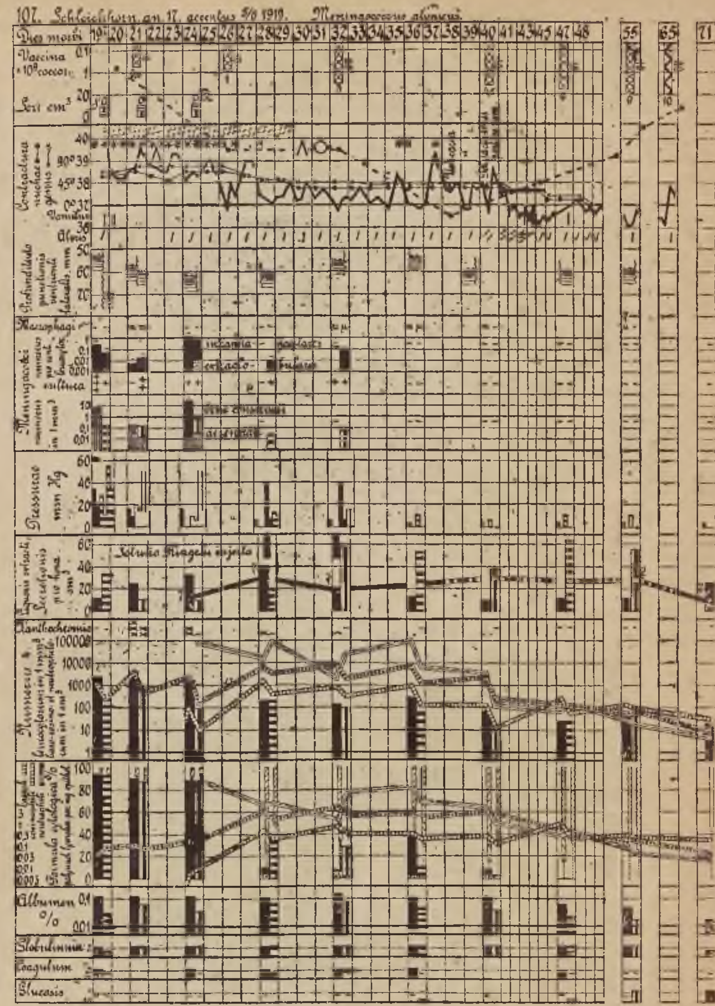
Po stronie lewej zupełne porażenie nerwu twarzowego i opadnięcie powieki górnej. Stan kurczowy kończyn, który w dalszym przebiegu to wolnieje, to znów się wzmaga. Od czasu do czasu pojawiają się drgawki lub napady szczątkowe w postaci nieprzytomności zupełnej z rozszerzeniem źrenic. Zakończyły obraz drgawki, trwające kilka godzin bez przerwy, prawie aż do zgonu.

Mieliśmy tu znów podobne utrudnienie komunikacyi płynu, jak w poprzednim przypadku, z podobnymi objawami, nie doszło jednak do zupełnego przerwania komunikacyi. Na uwagę zasługuje okoliczność, że dnia 19., po upuszczeniu płynu przez nakłucie lędźwiowe, ciśnienie opadło do zera, jednak przy krzyku ciśnienie obniżało się do minus 10 i płyn zupełnie się cofał; płyn zaczynał znów wypływać, gdy dziecko się uspokajało. Podobnie w położeniu siedzącem płyn nie wypływał wcale, być może skutkiem niepokoju dziecka. Ilości płynu, które można było otrzymać przez nakłucie lędźwiowe, były zawsze bardzo małe. W związku z tem utrudnieniem komunikacyi widzimy, że ilość meningokoków w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia jest wiele niższa niż w komorach, a ropienie mało wybitne, co szczególnie wyraźnie zaznacza się dnia 16. Ilości wydzielanego w komorach płynu były w tym przypadku bardzo skąpe, stąd też i ciśnienie bardzo niskie, a mimo to wodogłowie powiększało się stale.

Badanie pośmiertne. Opony miękkie na sklepistości gładkie, cienkie; rowki zanikłe, zwoje spłaszczone. Ropa w grubych masach w zbiornikach na podstawie mózgu. Komory znacznie rozszerzone, wypełnione częściowo gęstą ropą; w trzeciej komorze skrzep krwi. W oponach miękkich rdzenia, szczególniej na tylnej powierzchni, sporo gęstej ropy. W zakresie części szyjnej i górnej piersiowej na wewnętrznej powierzchni twardówki cienki nalot i świeże zlepy z pajęczynówką. Podobne zlepy także w przestrzeni podpajęczynówkowej, co można stwierdzić zgłębnikiem. W płucach małe ogniska zapalenia odoskrzelowego.

Przyp. 97*. Niemowlę 8-miesięczne, karmione sztucznie od 4 miesiąca, dobrze zbudowane i odżywione, bez zboczeń ogól-





nych (objaw Erba ujemny); zaszczepione ospą ochronną w 2. dniu choroby. Przyjęte w 6. dniu choroby okazywało mierne objawy ogólne i oponowe tak, że przypadek zapowiadał się pozornie dobrze. Mimo to surowica zawiodła zupełnie, a wodogłowie zapalne zaczęło się rozwijać bardzo wcześnie i powiększało się stale aż do śmierci z nieubłaganą fatalnością. Badania pośmiertnego nie wykonano.

B) Dzieci starsze i osoby dorosłe.

Przyp. 99*. Kobieta 19-letnia, wątła, odżywiona licho, ze znacznem wolem miąższowem. Okazywała, poza zwykłymi, dość silnymi objawami oponowymi, od 2. dnia choroby znaczne ogólne osłabienie, omdlewania, wielki niepokój i rzucanie się, co wszystko stanowiło rażący kontrast z małem tylko wzniesieniem ciepłoty dnia 3, a stanem zupełnie bezgorączkowym dnia 4. Przyjęta do kliniki dnia 5. w stanie bardzo ciężkim, z tętnem bardzo słabem. Zakażenie komór bardzo obfite, fagocytozy brak prawie zupełny.

Dnia 5. i 6. musi się przyjąć obrzęk mózgu, wyrażający się głównie wklinowaniem mózgowia, o czem świadczył bardzo wysoki wskaźnik białkowy (17·5 i 7·7), wybitna ksantochromia płynu rdzeniowego i pewna przewaga ciśnienia w komorach, przynajmniej dnia 6. Niskie zaś ciśnienie w komorach dnia 5. należy odnieść do wyczerpania chorej skutkiem przewiezienia do kliniki, które odbyło się w 3. godzinnej przerwie między nakłuciem lędźwiowem a komorowem.

Dnia 7. i 8. zaznacza się wyraźnie przymglenie przytomności. W tym czasie musiało się też rozpocząć pod wpływem obrzęku zapadanie się rowków na powierzchni mózgu, o czem świadczyło nagłe opadnięcie wskaźnika białkowego dnia 8. do 2·5, a czemu tem większe musimy przypisać znaczenie, że równocześnie, jak wynika z różnicy ciśnień, wzmogło się utrudnienie komunikacyi między komorami a kanałem kręgowym i musiało wywierać na wskaźnik wpływ wprost przeciwny. W następstwie jednostronnie działającego ciśnienia światło komór powoli się rozszerza.

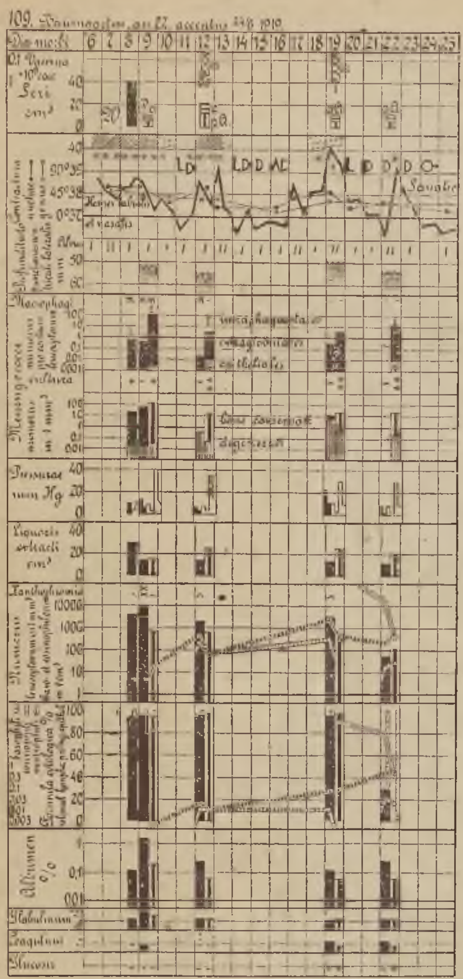
Dnia 12. i 14. wskaźnik białkowy opada jeszcze bardziej (1·5), ropienie w komorach przeważa nad ropieniem w przestrzeni podpajęczynówkowej, ciśnienie w kanale kręgowym opada znacznie, gdy w komorach utrzymuje się na względnie wysokim poziomie.

Bardzo niskie wartości otrzymano przy oznaczaniu wydzielania płynu mózgowordzeniowego, najniższą dnia 10, mianowicie 1·2 cm³ na godzinę. Chociaż liczb tych z powodu niekorzystnych warunków oznaczania nie można uważać za dokładne, wskazują one jednak niewątpliwie, że wydzielanie płynu było w tym przypadku bardzo znacznie obniżone.

Badanie pośmiertne wykazało tylko w zbiornikach podstawy mózgowia nieco rzadkiej ropy, zresztą na powierzchni mózgu opony zupełnie wolne od ropy, gładkie i cienkie. Rowki zanikłe, zwoje spłaszczone. Komory dość znacznie powiększone, wypełnione płynem mętnym, a w rogach dolnych gęstą ropą. Rdzeń nie badany. Narządy wewnętrzne bez zmian ważniejszych. Mięsień sercowy zbadano w zakładzie prof. Ciechanowskiego ze względu na niedomogę krążenia, tak wybitną za życia, także mikroskopowo; nie stwierdzono zmian żadnych.

Przyp. 105*. Dziewczę 12-letnie, o budowie wątłej, odżywieniu słabem. Przyjęta 5. dnia choroby okazuje znaczne przegięcie głowy ku tyłowi i inne objawy oponowe względnie silne. Z badań dnia 5. wynika, że istniało wtedy wyraźne utrudnienie komunikacyi między komorami a kanałem kręgowym, objawiające się różnicą ciśnienia i śladem ksantochromii płynu rdzeniowego. Jeżeli więc mimo to wskaźnik białkowy był niski (1·9), to należało to odnieść do równoczesnego zwężenia rowków mózgowych. Wniosek ten potwierdza się następnie przez to, że po wyleczeniu sprawy zakaźnej i ustąpieniu utrudnień komunikacyjnych wskaźnik opada w dniach 16. i 20. jeszcze więcej, mianowicie do 1·7.

Po dwóch pierwszych wstrzyknięciach surowicy do obu komór wyraźne przytłumienie sprawy zakaźnej i złagodzenie objawów oponowych. Zbyt długa, bo 4-dniowa przerwa w stosowaniu surowicy jest jednak następnie powodem znacznego wzmożenia się zakażenia i zaostrzenia objawów oponowych od dnia 10. Po wstrzyknięciu surowicy w dniu 11, znaczne przymglenie przytomności, utrzymujące się półtorej doby.





Mimo to, że w przypadku tym chodziło o zakażenie szczepem, dającym się aglutynować tylko surowicą parameningokokową *A* i to aż do rozcieńczenia 1:3000, także surowica zwykła działała wyraźnie korzystnie; nie można jednak oczywiście wiedzieć, czy przy dalszem stosowaniu tej surowicy bylibyśmy otrzymali taksamo korzystny wynik, jak po zastosowaniu surowicy *p. A.* w dniu 13.

Nakłucia od dnia 11. robiono coraz dalej ku tyłowi od szczytu głowy; po jednem z nakłuć niedowład kończyny górnej prawej, który jednak następnie w ciągu dwóch tygodni prawie zupełnie ustąpił.

Stany podgorączkowe, spostrzegane po wyleczeniu, należy odnieść do choroby posurowiczej; wysypek jednak żadnych nie zauważono.

Przyp. 107*. Młodzieniec 17-letni, o bardzo wątłej budowie i lichem odżywieniu. Przyjęty do kliniki 19. dnia choroby (lub też dnia 5., jeżeli się będzie liczyć od dnia, w którym po kilkodniowej przerwie wystąpiły wybitniejsze objawy oponowe). Objawy chorobowe miernie silne.

Z wyników badań trzeba podnieść, że od początku istniało wyraźne utrudnienie komunikacyi między komorami a kanałem kręgowym, objawiające się różnicą ciśnienia. Różnica ta utrzymuje się także po wyleczeniu, co się musi uważać za dowód, że podstawą jej były w końcu trwałe anatomiczne przyczyny, np. w postaci zrostów. Jeżeli więc mimo to, między dniem 19. a 24. wskaźnik białkowy był prawidłowy (2—4), a w dniach 29. i 32. nawet obniżony (1·7—1·9), to musiało to polegać na równoczesnem zwężeniu rowków. Także i ta zmiana utrzymuje się po wyleczeniu.

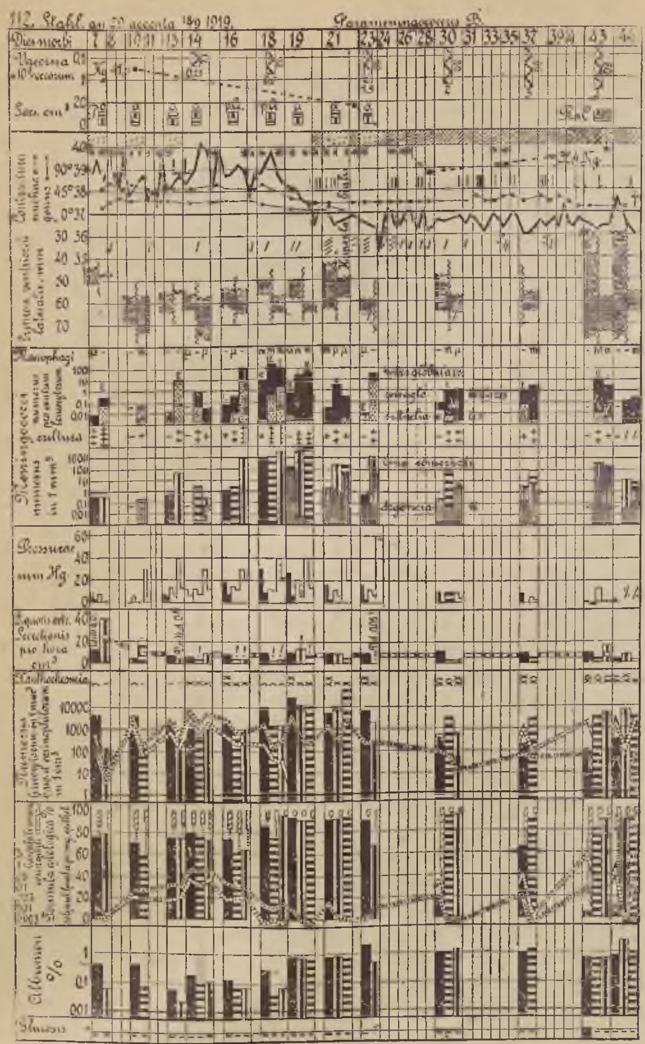
Wyleczenie zostało tu wprawdzie zapoczątkowane przez surowicę, lecz nie nastąpiło pod bezpośrednim jej wpływem, gdyż jeszcze dnia 32., w osiem dni po ostatniem wstrzyknięciu, meningokoki utrzymują się w komorach. Wyleczenie nastąpiło zatem samoistnie, a pewne znaczenie w jego mechanizmie musi się przyznać w tym przypadku, o tak niekorzystnych innych warunkach, wybitnej bazofilii i eozynofilii miejscowej, które osiągnęły też szczyt, jak wykazują krzywe, w czasie cofania się zakażenia i ostatecznego jego stłumienia, tj. między dniem 28. a 36., gdy neutrofilia, czyli ropienie zwykłe, zmniejszyła się równocześnie bardzo wybitnie. Podnieść jeszcze należy, że neutrofilia komorowa przeważała znacznie nad neutrofilią płynu rdzeniowego w dniach 28. i 32., zatem wtedy, kiedy meningokoki znajdowano już tylko wyłącznie w komorach.

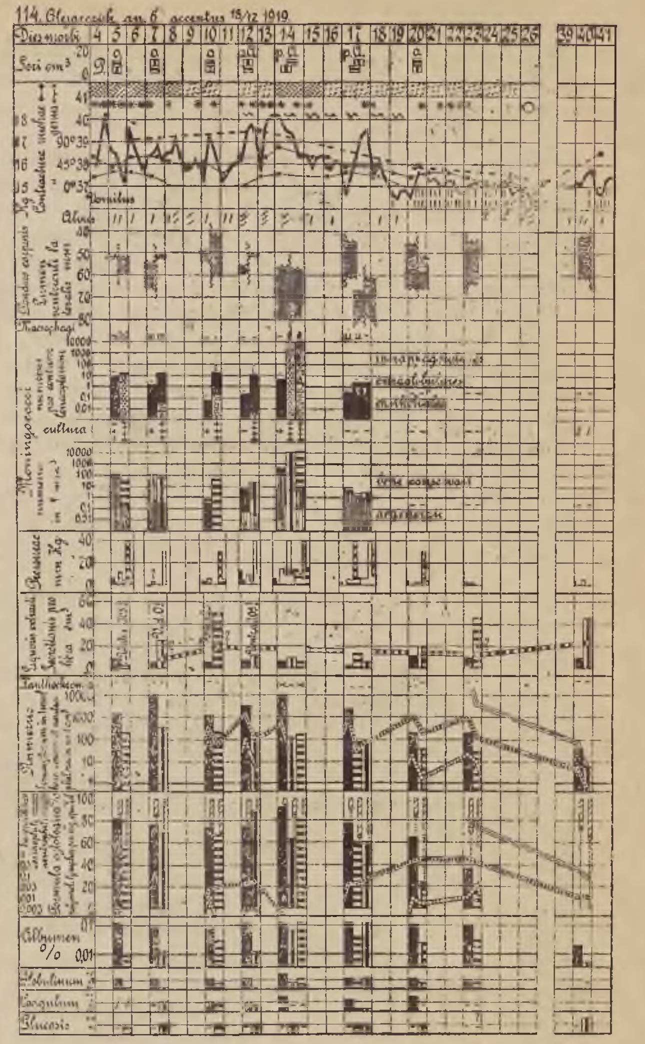
Mimo trwałych zmian anatomicznych i zaburzeń w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego, jakie w tym przypadku pozostawiła po sobie choroba, wyleczenie pod względem czynnościowym można uważać za zupełne.

Przyp. 109*. Mężczyzna 22-letni, objęty w leczenie w 9. dniu choroby w wojskowym szpitalu epidemicznym; w przeddzień otrzymał wstrzyknięcie nardzeniowe surowicy. Stan ciężki, znaczne przymglenie przytomności. Z badań wynikało, że istniał obrzęk mózgu z przewagą wklinowania (dnia 9. wskaźnik białkowy: 7, różnica ciśnienia: 2 mm Hg). Jednak po cofnięciu się wklinowania, co się wyraziło ustąpieniem różnicy ciśnienia w dniu 19., wskaźnik opadł znów względnie nisko, do 2, coby mogło świadczyć o pewnem, oczywiście od początku istniejącem zwężeniu rowków.

Surowica wstrzyknięta dnia 9. do obu komór bocznych sprowadziła szybkie zwolnienie wszystkich objawów oponowych tak, że chory dnia 11. czuł się zupełnie dobrze, siedział, czytał, uśmiechał się, nie miał gorączki. Następnego jednak dnia objawy wystąpiły znów z pierwotnem natężeniem. I powtórnie przez wstrzyknięcie surowicy osiąga się w ciągu dwóch dni zwolnienie znaczne sztywności karku i objawu Kerniga, a ustąpienie innych objawów mózgowo-oponowych. Stan bezgorączkowy i dobre samopoczucie utrzymywały się tym razem przez trzy dni tak, że otoczenie chorego uważało go za zupełnie wyleczonego. Potem rozwinęło się powoli drugie zaostrzenie z wysoką gorączką, ale już tylko z apatyą, a bez przymglenia przytomności. Surowica, wstrzyknięta dnia 19., oddziałała znowu wybitnie na wszystkie objawy chorobowe. Wreszcie wstrzyknięcie dnia 22. spowodowało samo, przez wywołanie bakteryolizy, krótkotrwałe zaostrzenie, tym razem już ostatnie.

Przyp. 110*. Chłopiec 14-letni, przyjęty w 7. dniu choroby.





Objawy oponowe mierne, dość znaczna bazofilia i eozynofilia miejscowa, nieobecność meningokoków w płynie rdzeniowym przypominały stosunki w przyp. 77* i zdawały się zapowiadać, mimo objawów wklinowania, przebieg korzystny; stosowano też początkowo wyłącznie szczepionkę.

Sprawa miała jednak w dalszym przebiegu wyraźną skłonność do pogarszania się. I tak badania w dniu 18. wykazują już meningokoki także w zakresie rdzenia, co zresztą należało odnieść, jak o tem świadczyło opadnięcie wskaźnika białkowego, do zwrócenia się prądu płynu mózgowordzeniowego, mimo utrzymywania się wklinowania, głównie ku kanałowi kręgowemu, oczywiście skutkiem zwężenia rowków mózgowych. Dnia 23. powiększyła się też znacznie głębokość wkłucia, co przemawiało za zwężeniem komór, zatem za wzmożeniem się obrzęku mózgowego.

Tego samego dnia wstrzyknięto do obu komór bocznych surowicę para *B*, która dla przeważnej liczby naszych szczepów okazała się bardzo słabą. Surowica ta oddziałała na zakażenie w sposób wybitnie opaczny, gdyż dnia następnego znaleziono w płynie komorowym sto razy więcej meningokoków. Wpływ tego zaostrzenia się sprawy zakaźnej objawił się klinicznie w sposób piorunujący: w godzinę po zabiegu chory stracił zupełnie przytomność, rzucał się, okazywał mimowolne ruchy kończyn górnych, tętno nieregularne, około 100. Mimo zastosowania w ciągu następnych dni surowicy para A i zwykłej i stopniowego stłumienia w ten sposób zakażenia, nieprzytomność zupełna przez cztery dni, niemożność połykania tak, że chorego musiano karmić zgłębnikiem, opadnięcie prawej powieki górnej, objaw Babińskiego po prawej dodatni, dnia 27. sprzężone zboczenie gałek ocznych ku stronie lewej i górze, porażenie nerwu twarzowego prawego.

Od dnia 28. przytomność nieco lepsza, niedowład nerwu twarzowego i opadnięcie powieki mniej wybitne. W nocy z dnia 30. na 31. silne drżenie całego ciała i od tego czasu stałe drżenie odruchowe kończyn. Głowa i gałki oczne zwrócone były znowu przez jakiś czas przeważnie na prawo. W dalszym przebiegu ujawniały się coraz wybitniej objawy trwałego uszkodzenia tkanki mózgowej, mianowicie rozległe porażenia kurczowe, silniejsze z początku po stronie prawej, później znów po stronie lewej, niemota ruchowa i znaczne upośledzenie władz umysłowych.

Mimo wygaśnięcia sprawy zakaźnej chory stale okazywał stany podgorączkowe, dla których nie można było znaleść na razie wytłumaczenia. Dopiero dwukrotne wstrzyknięcia płynu Ringerowskiego rzuciły nieco światła na te stany, okazało się bowiem, że płyn ten, tak zbliżony swym składem do płynu mózgowordzeniowego, wywołuje u chorego wysoką gorączkę i bezgnilne zapalenie opon o charakterze początkowo ropnym, a następnie krwotocznym. Nasuwałoby się wobec tego przypuszczenie, że także płyn mózgowordzeniowy może działać, chociaż w stopniu o wiele mniejszym, ale przecież w tym samym kierunku.

Dnia 260. zapadł chory na dur brzuszny i zmarł dnia 268. (16. marca 1920).

Badanie zwłok: Opony miękkie mózgowia gładkie, lśniące, bez żadnych zgrubień. W dolnej części wielkiego wcięcia mózgowego w obrębie płatów czołowych opony miękkie prawej półkuli dość ściśle zrosłe z oponami półkuli lewej na przestrzeni dwu koron srebrnych. Rowki mózgowe wszędzie zwężone, miejscami zaś zupełnie zarośnięte. Wzdłuż tych zarośniętych rowków jest kora mózgowa i to szczególnie wybitnie na dnie rowków, bardzo znacznie ścieńczała, przytem rdzawo zabarwiona; gdzieniegdzie nie widać jej wcale gołem okiem. Zmiany te spotyka się we wszystkich płatach nieregularnie rozsiane, głównie jednak w sąsiedztwie rowka Rolanda po stronie prawej. W obrębie tych zmian jest substancya mózgowa twardsza.

Komory mózgowe, miernie rozszerzone, zawierają ciecz jasną; wyściółka ich przekrwiona, lśniąca. Niema żadnych śladów krwotoku do komór.

Rdzeń: Pajęczynówka części szyjnej i piersiowej okazuje bardzo wiotkie zrosty z twardówką. W przestrzeni podpajęczynówkowej na tylnej powierzchni części szyjnej i piersiowej rdzenia środkiem brudnoszare pasmo starej ropy zorganizowanej w tkankę łączną. Zgłębnikiem nie można się przez tę tkankę

przedostać. Zresztą pajęczynówka cienka, gładka; przestrzeń podpajęczynówkowa drożna.

W innych narządach tylko zmiany odpowiadające durowi brzusznemu z początkiem drugiego tygodnia choroby.

Badanie histologiczne zmian w układzie nerwowym ma przeprowadzić Dr Rogalski.

Tak przebieg kliniczny, jak i obraz anatomiczny dowodzą, że dnia 23. rozwinął się tu ostro — chociaż może na podłożu już poprzednio istniejących niższych stopni — obrzęk mózgowia wysokiego stopnia i sprowadził zamknięcie zupełne wielu rowków mózgowych, zwężenie znaczne innych i uszkodzenie rozsiane warstwy korowej mózgu, szczególniej wybitne wzdłuż zamkniętych rowków. Przypadek ten stanowił punkt zwrotny w moich zapatrywaniach na patogenezę przypadków piorunujących; podniosę przytem, że było to jeszcze za życia chorego, a wynik badania pośmiertnego nowe pojmowanie sprawy wymownie poparł. Od tego spostrzeżenia datuje się też wprowadzanie w coraz szerszym zakresie pojęcia obrzęku mózgowia do tłomaczenia zaburzeń towarzyszących nagminnemu zapaleniu opon.

Przyp. 112*. Kobieta lat 29, przyjęta 7. dnia choroby. Objawy chorobowe o średniem natężeniu; objaw karkowy i łonowy Brudzińskiego ujemne. Przebieg kliniczny można podzielić na dwa okresy.

Pierwszy, między 7. a 18. dniem choroby, cechował się klinicznie znaczną gorączką, zachowaną przytomnością, wybitną sztywnością karku i dodatnim objawem Kerniga. Na podstawie wyników badań trzeba było przyjąć w tym czasie mierny obrzęk mózgu, wyrażający się początkowo głównie wklinowaniem (różnica ciśnienia, wysoki wskaźnik białkowy), później także coraz większem zwężeniem rowków (opadanie wskaźnika białkowego mimo utrzymywania się różnicy ciśnień), a przedewszystkiem wybitnem, chociaż podlegającem pewnym wahaniom, zwężeniem komór, szczególniej prawej.

Drugi okres rozpoczął się klinicznie w nocy z dnia 19. na 20. gwałtownemi wymiotami, które także w dalszym przebiegu często się powtarzały, cechował się prócz tego stanem bezgorączkowym, mniej lub więcej wybitnem przymgleniem przytomności, pojawieniem się dnia 21. opryszczek, ustąpieniem zupełnem objawu Kerniga i nieznaczną tylko sztywnością karku. Badania wykazywały już od dnia 19. niski bardzo wskaźnik białkowy, opadający nawet niekiedy do wartości poniżej jednostki, co, zwłaszcza wobec równoczesnego podniesienia się różnicy ciśnień, świadczyło o zupełnem zamknięciu rowków mózgowych. Prócz tego stwierdzać można było powolne rozszerzanie się komór, zwłaszcza lewej. Rozszerzanie to nie mogło osiągnąć wyższych stopni, z tego powodu, że całe mózgowie było w stanie ucisku. Wobec znacznego utrudnienia odpływu i bardzo skąpego wytwarzania płynu, w komorach istniał zastój płynu, wyrażający się wysoką zawartością białka i wybitną ksantochromią, niekiedy nawet wyższą, niż w płynie rdzeniowym. W końcu można było meningokoki wykazać jedynie tylko w komorach, a także ropienie usadowiło się wyłącznie w tych jamach, a wygasło w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. Do tego też zamknięcia się sprawy zakaźnej w komorach, gdzie płyn nie ulega wessaniu, należy odnieść ustąpienie gorączki.

Badanie pośmiertne. Opony miękkie mózgowia cienkie, gładkie, lśniące; nigdzie ani śladu ropy. Zwoje zupełnie spłaszczone, rowki i zbiorniki podstawy zupełnie zamknięte. Powierzchnia mózgowia przedstawiała ściśle odlew wewnętrznej powierzchni czaszki, przytem okazywało się jasno, że mózgowie nie leżało prawidłowo, lecz skutkiem powiększenia objętości przesunięte było w całej swej masie ku otworowi potylicznemu wielkiemu. I tak na dolnej powierzchni płatów czołowych, na jakie 4 mm od rowów Sylwiusza znajdowały się rowki, stanowiące odbicie brzegu tylnego skrzydeł mniejszych kości klinowej (leżących prawidłowo w rowach Sylwiusza), rowy zaś Sylwiusza zupełnie wyrównane przesunięte były ku dołowi. Drugim ważnym szczegółem było wklinowanie dolnych, wewnętrznych, przednich części półkul móżdżkowych do otworu potylicznego wielkiego, przyczem części te przylegały ściśle do rdzenia przedłużonego i wraz z nim stanowiły odlew otworu potylicznego wielkiego, a od reszty móżdżku oddzielone były rowkiem przebiegającym w odległości jakich 5 mm od brzegu rdzenia przedłużonego. Wreszcie półkule móżdżkowe stykały się ku tyłowi zupełnie ze sobą tak, że tylko tuż za rdzeniem przedłużonym pozostała wolna mała trójkątna przestrzeń, przez którą było widać kawałek dolnego robaka. Opony miękkie okazywały wiotkie zrosty w zakresie zetknięcia się wgniecionych części móżdżku z rdzeniem przedłużonym.

Komory były miernie rozszerzone, lewa więcej niż prawa, i wypełnione prawie całkowicie skrzepem galaretowatym, włóknikoworopnym.

Przednia powierzchnia rdzenia zupełnie wolna od ropy, opony miękkie bez zmian makroskopowych. Na tylnej powierzchni w części szyjnej i piersiowej środkiem ropa stara, jeszcze żółtawo zabarwiona, ale już organizująca się w tkankę łączną, gdyż zgłębnik nie mógł się przedostać przez te pokłady, bokami jednak światło przestrzeni podpajęczynówkowej utrzymane. W części lędźwiowej już tylko masa rozpadowa brudnoszaro zabarwiona, organizująca się i okazująca kilka cieniutkich, białawych płytek, mających 3—5 mm średnicy, a stanowiących, według badania mikroskopowego wykonanego w zakładzie prof. Ciechanowskiego, tkankę łączną włóknistą, zwapniałą na obwodzie. Ogon koński wolny. Inne narządy bez zmian ważniejszych.

Przyp. 114*. Chłopiec 6-letni, przyjęty w 4. dniu choroby. Objawy chorobowe średnie, nieznaczny niedowład nerwu twarzowego lewego.

Badania wykazały stosunki zbliżone do tych, jakie widzieliśmy w pierwszym okresie przypadku poprzedniego. Istniał niewątpliwie znaczny obrzęk mózgu, wyrażający się początkowo głównie wklinowaniem (wysoki wskaźnik białkowy, wyraźna różnica ciśnień), ale później także coraz wybitniejszem zwężeniem rowków (opadanie wskaźnika białkowego dnia 10. i 14.); światło komór było też na ogół małe, często wypływ z nich bardzo skąpy, albo też nie otrzymywano żadnego wypływu.

Surowica stosowana obustronnie dokomorowo pierwotnym sposobem nie miała żadnego wpływu dodatniego; po wstrzyknięciach w dniu 12. surowicy para *A* nastąpiło nawet wyraźne zaostrzenie sprawy zakaźnej tak, że stan w dniu 14. przedstawiał się bardzo groźnie. Tembardziej zatem musi uderzyć, że tasama surowica wstrzyknięta dnia 14. i 17. do rogów dolnych komór bocznych, sprowadziła szybko znaczne przytłumienie, a następnie zupełne stłumienie sprawy zakaźnej.

Po zabiegach w dniu 20. wymioty, których częstość osiąga szczyt dnia 27., poczem opada do dnia 36. Od dnia 37. nie było wymiotów, pojawiły się jednak znowu po nakłuciach w dniu 40.

Chory opuścił klinikę dnia 49. jako wyleczony. Pozostało jednak mierne wodogłowie i utrudnienie komunikacyi między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia, a także znaczne upośledzenie sprawności splotów naczyniówkowych, wyrażające się skąpem wytwarzaniem płynu mózgowordzeniowego i niskiem bardzo ciśnieniem mimo niewątpliwego istnienia zmian utrudniających wessanie tego płynu.

Stosunki zachodzące w niemowlęctwie.

Z całego materyału 31 niemowląt, który miałem w leczeniu od r. 1914, wyzdrowiały zupełnie tylko trzy niemowlęta (przyp. 25, 86*, 88*) przyjęte w ciągu pierwszego tygodnia choroby; dwa przyjęte w późniejszym okresie choroby zostały wyleczone, ale okazywały objawy miernego wodogłowia (przyp. IX* i 26), wreszcie jeden późny przypadek (93) skończył się wyleczeniem samoistnem, ale wkrótce potem nastąpiła śmierć z róży, a badanie pośmiertne wykazało mierne pozapalne wodogłowie i zgrubienie opon miękkich płatów czołowych. Oprócz tych pełnych i częściowych wyzdrowień w pięciu przypadkach osiągnięto wprawdzie zupełne wyleczenie sprawy swoistej (przyp. V*, 23, 24*, 87, 90), dzieci te jednak zmarły mimo to skutkiem znacznego pozapalnego wodogłowia, któremu towarzyszyło często także ogólne porażenie kurczowe postępujące. We wszystkich tych przypadkach leczenie surowicą rozpoczęto późno po trzechtygodniowem lub dłuższem trwaniu choroby, kiedy wodogłowie było już rozwinięte.

Ogółem osiągnięto zatem przerwanie sprawy zakaźnej swoistej tylko w 11 przypadkach na 31, czyli w 35·5% przypadków. Wyniki leczenia surowicą, mimo stosowania dokomorowego, nie przedstawiałyby się więc u niemowląt korzystnie, w przeciwieństwie do tego, co widzimy u dzieci starszych. Musimy się zatem jeszcze raz — poruszałem tę sprawę już w drugiem doniesieniu — zastanowić, jaka jest tego przyczyna.

Otóż jedno wynika z mojego materyału zupełnie jasno, mianowicie, że niemowlęta sztucznie karmione (7 przypadków), a nawet niemowlęta karmione piersią ale dokarmiane od wczesnego wieku (5 przypadków), nie mają, nawet przy użyciu surowicy, żadnych — lub, żeby powiedzieć oględniej, prawie żadnych — widoków zwycięstwa w walce z zakażeniem, we wszystkich bowiem przypadkach wyleczonych chodziło o dzieci karmione wyłącznie piersią, albo też dokarmiane w późnym dopiero wieku (przyp. IX* mający 8 miesięcy, dokarmiany od 7. miesiąca). Niektóre z tych dzieci, jak np. przyp. 86*, były wątłe i miernie odżywione, a mimo to okazały się bardzo

opornemi wobec zakażenia. Dzieci karmione sztucznie lub dokarmiane okazywały znów wprawdzie przeważnie objawy niestrawności, niedostateczny stan odżywienia i mniej lub więcej wyraźne zboczenia ogólne, jak tężyczka i krzywica, zdarzały się jednak między niemi także dzieci silne, dobrze odżywione, pozornie zupełnie prawidłowo się rozwijające (np. przyp. 97*), a mimo to wobec tak ciężkiej sprawy zakaźnej, jaką stanowi zapalenie nagminne opon, ujawniała się w pełnem świetle ich mniejsza wartość życiowa. I tutaj dopiero okazuje się dowodnie, że mimo wszelkich pozorów, rzeczywiście prawidłowy rozwój niemowlęcia, zapewniający mu nietylko odpowiedni ciężar ciała, ale, co ważniejsza, dostateczną oporność ogólną i wystarczający zasób sił zapasowych w walce z chorobami zakaźnemi, wreszcie prawidłową tężyznę tkanek, w szczególności jędrność tkanki mózgowej, możliwy jest, jeżeli nie wyłącznie, to jednak z reguły tylko przy żywieniu naturalnym pokarmem kobiecym.

Wobec tego materyał 12 dzieci karmionych sztucznie lub dokarmianych wcześnie ze śmiertelnością 100%, zależną od samej sprawy zakaźnej, musimy wydzielić, gdyż stosunki przedstawiają się tutaj zupełnie beznadziejnie. Pozostanie 19 niemowląt karmionych wyłącznie piersią. Otóż w 11 z tych przypadków osiągnięto wyleczenie sprawy zakaźnej, co stanowi 58%; przytem, o ile chodziło o przypadki wczesne, w pierwszym tygodniu choroby, wyleczenie było zupełne. Przypadków takich mamy 3 na 6, a właściwie 3 na 5, gdyż jeden przypadek (17) zmarł w 2. dniu choroby przed zastosowaniem surowicy, tak, że odsetek wyleczeń zupełnych wynosiłby w tym okresie 60. W ośmiu przypadkach nie osiągnięto wyleczenia sprawy swoistej. Chodziło albo o dzieci bardzo młode (przyp. 21. w wieku 6 tygodni), albo znów o dzieci dotknięte mniej lub więcej wyraźnie krzywicą, ale były między niemi i dzieci bez zmian ogólnych wybitniejszych (przyp. 91, 95*). Podnieść wypada, że w pięciu z tych przypadków spostrzegano wczesne porażenia lub niedowłady, dotyczące nerwów ocznych lub nerwu twarzowego, i stany kurczowe kończyn (patrz np. przyp. 95*), zatem objawy, które należy odnieść do głębszych zmian mózgowia, zależnych w tak wczesnym okresie z reguły od obrzęku mózgowia wyższego stopnia.

Już te częste wyniki ujemne przy leczeniu surowicą, nawet u dzieci karmionych piersią, cechują w sposób niekorzystny niemowlęctwo w stosunku do późniejszego wieku dziecięcego. Do tego dodać należy dwa dalsze niebezpieczeństwa, które w niemowlęctwie szczególnie grożą, o ile sprawa zakaźna nieco się przeciąga, mianowicie wodogłowie zapalne, rozwijające się wcześnie i łatwo osięgające wysokie stopnie, oraz ogólne porażenie kurczowe postępujące.

Wodogłowie zapalne nie zagraża w większej mierze tylko w pierwszym tygodniu choroby, gdyż w wymienionych wyżej przypadkach, przyjętych do kliniki w tym okresie i wyleczonych, nie było żadnych objawów następowego wodogłowia, a także w dwóch przypadkach, które wcześnie skończyły się śmiercią (przyp. 27. śmierć 2. i przyp. 18. śmierć 8. dnia choroby), badanie pośmiertne wykazało komory nie rozszerzone. W drugim tygodniu jednak, jak wynika z przyp. 95* i 97*, wodogłowie może już zacząć się wyraźnie rozwijać i poczynić znaczne postępy, to też w przypadkach później objętych w leczenie, nawet w razie przerwania sprawy zakaźnej, wyleczenie nie może być zupełne. U zmarłych w późniejszym okresie choroby znajdujemy też zawsze mniej lub więcej znaczne wodogłowie zapalne lub ropogłowie.

Że w niemowlęctwie muszą istnieć szczególne warunki ułatwiające powstawanie wodogłowia, wynika z tego, że u dzieci starszych i u osób dorosłych wodogłowie nie rozwija się z taką bezwzględną fatalnością, a przytem, jeżeli dojdzie do powstania wodogłowia, to nie dosięga ono chyba nigdy tych stopni, jakie widujemy w niemowlęctwie. Rzeczywiście w późniejszym wieku może jeszcze w 5. i 4. tygodniu nie być żadnych klinicznych objawów wodogłowia (przyp. 77* i 79*), a nawet tak długie trwanie choroby, jak w przyp. 73*, w którym wyleczenie osiągnięto dopiero po 3 miesiącach, nie wyłącza, żeby wyzdrowienie pod względem czynnościowym było zupełne. Także i wyniki sekcyjne świadczą, że wodogłowie zapalne rozwija się w późniejszym wieku stosunkowo wolno; i tak w przyp. 68*, w którym śmierć nastąpiła w 32. dniu choroby, znajdujemy komory nie rozszerzone. Jednak od 11. roku życia zdarzają się znów coraz częściej przypadki względnie wczesnego rozwijania się ropogłowia (przyp. 62*, 99*, 112*).

Podstawa tej szczególnej skłonności niemowląt do rozwijania się wodogłowia leży, mojem zdaniem, w braku prawidłowej tężyzny, prężności (turgor) tkanki mózgowej, w jej wiotkości i podatności, która u dzieci karmionych sztucznie musi się taksamo często zdarzać, jak wiotkość innych tkanek, a która także i u niemowląt przy piersi nie bywa widocznie zbytnią rzadkością. To nieprawidłowe zwiotczenie tkanki mózgowej ułatwiać musi powstawanie wyższych stopni obrzęku mózgowia, a obrzęk znów wobec podatności tkanki doprowadza szybko do mniej lub więcej zupełnego zamknięcia rowków na powierzchni mózgu i tym sposobem daje podstawę do rozwoju wodogłowia. Ale na tem nie koniec: komory będą początkowo znacznie zacieśnione, wydzielanie w nich płynu obniżone, odpływ ku powierzchni mózgu i rdzenia utrudniony, powstanie więc w komorach zastój i gromadzenie się zbitej ropy.

Jak z tego przedstawienia widać, skłaniam się obecnie do zapatrywania, że wyniki ujemnę, tak częste u niemowląt mimo dokomorowego stosowania surowicy, uzasadnione są w pierwszym rzędzie miejscowemi własnościami fizycznemi tkanek, podczas gdy dawniej upatrywałem ich przyczyny w braku ogólnej i miejscowej oporności względem zakażenia. Tosamo odnosiłoby się także i do wieku późniejszego, począwszy od 11. roku życia.

Drugiem niebezpieczeństwem, grożącem w niemowlęctwie, jest ogólne porażenie kurczowe postępujące. Nie mam tu na myśli tych stanów kurczowych, które można spostrzegać w przypadkach ciężkich, często obok drgawek, to znów porażeń poszczególnych nerwów mózgowych, od pierwszych dni choroby, zatem w czasie, kiedy w oponach stwierdza się tylko świeże zmiany ropne (przyp. 95*). Chodzi mi przeciwnie o niedowłady, które pojawiają się nieco później i jeżeli się już raz rozwiną, nie cofają się już nigdy w zupełności, a doprowadzają w końcu, w przypadkach typowych, do krańcowego zesztywnienia całego ciała. Zawsze istnieje równocześnie wodogłowie, jednak nie można go uważać za podstawę anatomiczną porażenia. Przyp. 24*, a podobnie przyp. 87, który został przyjęty w 91. dniu choroby, a w którym głębokość wkłucia wynosiła tylko 10 mm, dowodzą, że wodogłowie, nawet bardzo znacznego stopnia, może trwać tygodniami i miesiącami, a porażenie się nie rozwija i dopiero wyleczenie sprawy zakaźnej i cofanie się ropienia sprowadza szybko objawy poraźne. Przy badaniu pośmiertnem znajdujemy w tych przypadkach zawsze zgrubienie opon miękkich, szczególniej w zakresie płatów czołowych i przedniej części ciemieniowych. Ropy świeżej, nawet w tych przypadkach, w których nie osiągnięto wyleczenia sprawy swoistej i w których komory, a także zbiorniki na podstawie zawierają ropę, na sklepistości nie znajdujemy wcale, co najwyżej możemy znaleść obok zgrubień opon nieznaczne resztki starej ropy organizującej się. Byłoby to wskazówką, że dopóty niema warunków do powstania porażeń kurczowych, dopóki w rowkach na powierzchni mózgu utrzymane jest, choćby bardzo słabe, krążenie płynu i dopóki znajduje się tutaj świeża ropa, a porażenia rozwijają się dopiero wtedy, gdy sprawa ropna zacznie się cofać, pozostałe po niej pokłady ropy ulegną rozpadowi i utworzą masę bezpostaciową (przyp. XIII*), która następnie podlega organizacyi i doprowadza do stwardnienia, zbliznowacenia opon miękkich i przylegających warstw mózgu. Przytem zarastają chyba zawsze rowki, co znów stwarza warunki do powiększania się wodogłowia. W ten sposób można łatwo wytłumaczyć, że surowica, wywołując wyleczenie sprawy swoistej i przerywając ropienie, prowadzić może szybko do porażeń kurczowych, jak to widzimy w przyp. 24* i 87 u osesków, a w przyp. I* u dziecka w 2. roku życia.

Ale porażenia kurczowe mogą się także rozwinąć mimo to, że sprawa swoista nie jest wyleczona (przyp. 85, 90, 91, 94*, 97*). Jak wykazują badania pośmiertne, następuje to wtedy, gdy skutkiem zwężenia i zarastania rowków dopływ materyału zakaźnego z komór zostaje do nich znacznie osłabiony, a w końcu przerwany i gdy wskutek tego, mimo utrzymywania się ropienia w komorach i zbiornikach na podstawie mózgu, ropienie na sklepistości wygasa.

Jeżeli jednak skutkiem znacznego obrzęku mózgowia i wiotkości tkanki rowki na powierzchni mózgu zamkną się wcześnie i wskutek tego nie mogą się w nich nagromadzić większe masy ropy, a małe jej ilości ulegną wessaniu po ustaniu dalszego dopływu z komór, wtedy nie powstaną żadne większe zgrubienia opon i wtedy nie będzie też wcale porażeń kurczowych, mimo obecności ropogłowia, choćby znacznego stopnia, i mimo zaciśnięcia rowków. (Przyp. VI*, przeciwna wzmianka w I doniesieniu jest błędną, 27, 95* 96, u niemowląt i przyp. 62*, 80, 99* w późniejszym wieku). Podnieść tu muszę, że w żadnym z tych przypadków nie osiągnięto wyleczenia sprawy swoistej, co się tem tłumaczy, że w tych warunkach powstaje wcześnie zastój w komorach z następowem ropogłowiem. Jedyny wyjątek

stanowiłby przyp. 110*, ale tu zachodziły szczególne warunki. Z drugiej strony należy nadmienić, że zgrubienia opon niekoniecznie muszą objawiać się porażeniami; być może, że w tych przypadkach nie sięgają one do ośrodków psychomotorycznych (przyp. V*).

Przejście do stosunków wieku późniejszego stanowią dzieci w drugim roku życia. Miałem ogółem w leczeniu takich przypadków sześć. Trzy skończyły się wyleczeniem (VIII*, 28, 29), jeden (27), przyjęty w 14. dniu choroby z objawami wodogłowia i zamknięcia rowków, nie został wyleczony, w dwóch (I*, VIII*) osiągnięto zupełne wyleczenie sprawy zakaźnej, rozwinęły się w nich jednak następowo porażenia kurczowe.

Wobec wielkich niebezpieczeństw, jakiemi grozi w niemowlęctwie wszelkie przewlekanie się sprawy zakaźnej, za uzasadnione można uznać w tym wieku jedynie tylko te sposoby lecznicze, które szybko wiodą do celu. Nie wiele więc można się spodziewać np. po szczepionce, a leczenie polegać musi przedewszystkiem na stosowaniu surowicy.

Pewne nadzieje pokładałem w surowicy wyzdrowieńców, mianowicie wyzdrowieńców uodparnianych czynnie szczepionką, a wychodziłem tu z założenia, że przy użyciu takiej surowicy odpadnie uszkodzenie, jakie jest wynikiem wprowadzania do ustroju surowicy gatunkowo obcej, w wysokich zwykle dawkach. Surowice jednak wyzdrowieńców poza nielicznymi wyjątkami (przyp. 73*) okazały się bardzo słabe i nawet u dzieci starszych (przyp. 68*), a tembardziej u niemowląt (przyp. 85, 89, 90) działały często wyraźnie opacznie, wywołując zamiast poprawy zaostrzenie sprawy zakaźnej.

Nieco lepiej wypadły próby z dodawaniem do surowicy dopełniacza, czyli surowicy świeżej. Sposób ten zastosowałem u 4 osesków, a prócz tego u 2 dzieci starszych i 3 chorych dorosłych. Uderza szybkie wyleczenie u 3 osesków (przyp. 86*, 87, 88*), w czwartym jednak przypadku, karmionym także, jak poprzednie, wyłącznie piersią (89), wynik był ujemny. Więcej jeszcze zastanowić musi okoliczność, że sposób zawiódł zupełnie w przyp. 73* dotyczącym dziecka starszego, a nie okazał także szczególnie energicznego działania w przyp. 75* dotyczącym dorosłego. Nie można więc do niego przywiązywać zbyt wygórowanych nadziei*).

Wyniki u dzieci starszych i osób dorosłych.

Dzieci starszych od 3. do 14. roku życia miałem w bieżącej seryi w leczeniu osiem. Wszystkie zostały wyleczone. W wieku tym, a jeszcze bardziej w okresie od 3. roku życia po rok 10. są więc widoki wyleczenia najlepsze, co się także jasno okazuje z zestawienia całego mojego materyału, gdyż dzieci takich miałem ogółem w leczeniu 26, a leczenie zawiodło tylko w jednym przypadku (32), i to przy użyciu surowicy słabej. Od 11. roku życia wyniki ujemne stają się znów częstsze (przyp. XI*, 62*, 68*, 83*).

Osób dorosłych (od 15. roku życia) miałem w bieżącej seryi w leczeniu 9, zmarło trzy (33%), a w przyp. 110* rozwinęły się, mimo wyleczenia sprawy swoistej, następowo ciężkie i trwałe zmiany mózgowia.

Jeżeli będziemy się starali dociec, co było — poza użyciem nie przystosowanej do szczepu surowicy (przyp. 110* 112*) — podstawą tych wyników ujemnych, to się przekonamy, że w jednym przypadku (103) choroba miała przebieg piorunujący, co polega na znacznym obrzęku zapalnym mózgowia, doprowadzającym szybko do poważnych zaburzeń w miejscowem krążeniu. Podobne zaburzenia należy przyjąć w przypadku 110*. Ale także w dwóch pozostałych przypadkach (99*, 113*) musimy przyjąć znaczny obrzęk mózgowia, który doprowadził do wklinowania części mózgowia do otworu potylicznego wielkiego i do zwężenia, a następnie zamknięcia rowków na powierzchni mózgu, w przypadku zaś 112* nawet do zupełnego zamknięcia zbiorników na podstawie. Do podobnych wniosków doprowadziłby nas także rozbiór dawniejszych spostrzeżeń, które mimo dokomorowych wstrzykiwań surowicy zakończyły się śmiercią, a dotyczyły dzieci starszych i osób dorosłych. Musimy więc na podstawie tej statystyki dojść do przekonania, że w wieku dojrzałym, a nawet już u starszych dzieci od 11. roku życia mózgowie staje się znów często mniej opornem, tj. łatwiej i w wyższym stopniu podlega obrzękowi i częściej skutkiem tego obrzęku powstają w niem trwałe i głębokie zmiany.

Sposób stosowania surowicy.

Głównego powodu, dla którego surowica u dzieci starszych i osób dorosłych w niektórych przypadkach zawodzi, należy na podstawie powyższych wywodów upatrywać w wyższych stopniach obrzęku mózgowia doprowadzających, między innymi, do znacznego zacieśnienia komór. Jest rzeczą oczywistą, że w tych warunkach, nawet przy stosowaniu dokomorowem — a cóż dopiero mówić o nardzeniowem! — może surowica nie dotrzeć do wszystkich gniazd meningokokowych w komorach, w szczególności na powierzchni splotów z ich zawiłą kosmówkowatą budową. Przytem surowica wstrzyknięta, o ile w ogóle wstrzyknięcie się powiedzie, tylko w drobnej cząstce pozostanie w komorach, gdzie niema dla niej miejsca, a w całej swej masie musi wypłynąć odrazu przy wstrzyknięciu do przestrzeni podpajęczynówkowej i jest w ten sposób dla leczenia w komorach stracona. Wreszcie musimy przyjąć, że prąd płynu mózgowordzeniowego, choćby nawet wydzielanie tego płynu było bardzo znacznie upośledzone, przecież w zwężonych komorach będzie stosunkowo żywy i szybko wypłucze z komór te resztki surowicy, które tu bezpośrednio po wstrzyknięciu zostały. Jasną jest także rzeczą, że przy wstrzykiwaniu jednostronnem surowica nie oddziała w tych warunkach dostatecznie na drugą komorę.

Pewien postęp stanowiłoby tu niewątpliwie już stosowanie surowicy dokomorowe obustronne, które też zaleciłem w III. doniesieniu (wydaniu francuskiem), gdy przy ponownem rozpatrywaniu wyników Bujaka co do rozłożenia surowicy po wstrzykiwaniach dokomorowych okazało się, że komora po stronie przeciwnej zawiera około 10 razy mniej surowicy, aniżeli komora po stronie wstrzyknięcia, jest więc, chociaż nie w tym samym stopniu, to przecież w podobnie niekorzystnem położeniu, jak obie komory po wstrzykiwaniach nardzeniowych. W zwykłych warunkach wystarczałoby przy tem stosowaniu obustronnem powtarzać wstrzykiwania co 3 dni i nie potrzebaby było używać dawek wyższych od 10 cm^3.

Że rzeczywiście przy tym sposobie stosowania surowicy działanie jej jest wydatniejsze, o tem może świadczyć spostrzeżenie 109*, gdyż w tym ciężkim przypadku za czterema zawodami widzimy wpływ surowicy na wszystkie objawy chorobowe, między innymi także na gorączkę, tak wyraźny, jak tego nie spostrzegałem nigdy przy wstrzykiwaniach jednostronnych. Jednak w tym przypadku nie mogło być mowy o znaczniejszem zacieśnieniu komór.

Jak wykazują spostrzeżenia 112* i 114*, w których klinicznie stwierdzono niewątpliwe zacieśnienie komór, w tych szczególnych warunkach i ten także sposób zawodzi, i to nawet wtedy, gdy ze względu na szybsze przypuszczalnie wypłukiwanie surowicy z komór wstrzykiwania będziemy powtarzać częściej, co dwa dni, lub nawet codziennie.

Możnaby wobec tego zmienić sposób wstrzykiwania. Dotychczasowy jest bowiem, jak to już podnosiłem w wydaniu francuskiem III. doniesienia, z tego powodu niekorzystny, że surowica dostaje się do komory w bliskości otworu Monroego, dlatego też, zwłaszcza przy zwężeniu komór, nie rozejdzie się po całej komorze bocznej, lecz idąc za prawidłowym kierunkiem odpływu, wyleje się przedewszystkiem przez ten otwór do komory trzeciej. Należałoby się więc starać, żeby surowica dostawała się do dolnego rogu komory bocznej. Wtedy przepłucze ona całą komorę, wyprze z niej płyn mózgowordzeniowy i w pewnej części, mimo zwężenia komór, pozostanie na miejscu. Wskazanie to starałem się spełnić w przyp. 105* od dnia 11. robiąc nakłucia na ogół w sposób dotychczasowy, ale w miejscach leżących co-

---

*) Dodawanie do surowicy swoistej zwykłej dopełniacza jest pomysłem Bujaka i stanowi logiczne następstwo wyników jego badań, ogłoszonych w Przeglądzie lek. 1919. nr. 29. Sam jednak pisałem o potrzebie dodawania dopełniacza już w mojem II. doniesieniu (Przegl. lek. 1917 nr. 45 i Wien. klin. Woch. 1918 nr. 21), trzeci ustęp od końca, a stosując ten pomysł od r. 1916. w praktyce liczyłem się z góry, jak wynika z tablicy ze znakami i objaśnień do niej, punkt 2. e—h, z czterema możliwościami: dwie pierwsze to dodawanie dopełniacza do zwykłej surowicy leczniczej, pochodzącej z koni uodpornionych, i to w postaci albo świeżej surowicy obcej, ludzkiej lub zwierzęcej, albo też świeżej surowicy własnej chorego; dwie następne, to surowica wyzdrowieńców uodpornionych lub surowica własna chorego uodpornionego, o ile są zebrane świeżo, gdyż muszą one wtedy działać równocześnie jako dopełniacz.

W Gazecie lek. 1919 nr. 28. zdaje Serkowski sprawę z pracy Kolmera, Toyamy i Matzunamiego, ogłoszonej w Journ. of. Immunology, 1918. t. 3, w której autorzy ci zalecają dodawanie dopełniacza do surowicy przeciwmeningokokowej, przyczem ustalają stosunek na 1:9. — W broszurce »Sposoby stosowania surowic i szczepionek«. Warszawa 1920. nazywa Serkowski ten sposób metodą Kolmer, Toyama i Matzunami. Jestto niesłuszne, gdyż moje ogłoszenie było o rok wcześniejsze, a samo ustalenie stosunku dopełniacza do surowicy jest wprawdzie usprawiedliwione, ale nie jest rzeczą istotną tak, żeby można się w tem dopatrywać nowej metody.

raz bardziej ku tyłowi i dołowi. Wynik co do oddziaływania na sprawę swoistą był korzystny; ujemną stroną było jednak wywołanie, wprawdzie nie zbyt ciężkiego, ale zawsze niepożądanego obrażenia dróg ruchowych.

Z prób podjętych na zwłokach przekonałem się następnie, że można się dostać igiełką głęboko do rogów dolnych komór bocznych, wykonując nakłucia w sposób, podany przy omawianiu oznaczania światła komory. I ten właśnie sposób zastosowałem w przypadku 114* od dnia 14; wstrzykiwałem oczywiście po obu stronach. Gdy poprzednie wstrzykiwania były zupełnie bezskuteczne, to po wstrzyknięciach do rogów dolnych widzimy bardzo wybitne i szybkie oddziaływanie na zakażenie i objawy oponowe, oraz gorączkę, oddziaływanie podobne do tego, jakie widzieliśmy w przyp. 109*. Wstrzyknięcie dn. 20. może być uważane za dowód, że gorączka po wstrzyknięciu dn. 17. nie zależała od wprowadzenia surowicy końskiej u osobnika uczulonego na tę surowicę, lecz od bakteryolizy meningokoków, wywołanej przez surowicę. Gdyby bowiem miała zależeć od pierwszej przyczyny, w takim razie po wstrzyknięciu dnia 20. wobec dalej posuniętego uczulenia musiałoby nastąpić jeszcze większe wzniesienie ciepłoty; tymczasem pojawił się tylko stan podgorączkowy. Podobnie w przyp. 109* napad gorączkowy w dniu 22., po wstrzyknięciu surowicy należy tłumaczyć bakteryolizą meningokoków, a nie działaniem surowicy obcej jako takiej. W przyp. 105* widzimy znów, że po zastosowaniu surowicy dn. 11. następuje silne przymglenie przytomności. Właściwą podstawą tego objawu jest znaczne wzmożenie się zakażenia skutkiem czterodniowej przerwy w stosowaniu surowicy, a stąd masowa bakteryoliza po jej ponownem zastosowaniu. W ten sposób surowica prowokuje napady, które jednak i bez niej musiałyby się niewątpliwie w tym samym czasie, lub wkrótce potem pojawić, a to skutkiem rozmnożenia się meningokoków, jakie następuje po ustaniu działania surowicy poprzednio wstrzykniętej. Surowica, wywołując bakteryolizę, nie może więc działać wprost przeciwgorączkowo i dopiero w dniach najbliższych ciepłota opada skutkiem przytłumienia lub stłumienia sprawy zakaźnej.

Wynik korzystny w przyp. 114* po wstrzykiwaniach surowicy do rogów dolnych zasługuje tembardziej na uwagę, że chodziło tu o przypadek, zupełnie podobny do przyp. 112* w pierwszej części jego przebiegu, widoki zatem wyleczenia przy wstrzykiwaniach według dawnego sposobu nie były wielkie. Jednak należy znów podnieść jako czynnik korzystny wiek dziecięcy chorego i okoliczność, że w chwili wstrzykiwania do rogów dolnych zacieśnienie komór może już zaczęło ustępować, a temsamem poprawiły się warunki dla działania surowicy. Wobec tego na razie trudno rozstrzygać, czy wstrzykiwanie do rogów dolnych, o ile będzie w ogóle w tych warunkach wykonalne, odniesie skutek przy wyższych stopniach zwężenia komór. W każdym razie nie należałoby w tych przypadkach łudzić się zbytnio nadzieją, że, jak w przyp. 114*, komory w końcu może się rozszerzą, co umożliwi skuteczniejsze działanie surowicy, gdyż z reguły rozwija się w tych warunkach następowo ropogłowie.

Obrzęk mózgowia znaczniejszego stopnia przedstawia więc nietylko, jak się to okazuje z przypadków szybko kończących się śmiercią, wielkie niebezpieczeństwo bezpośrednie, ale także wywołuje, mianowicie przy przewlekaniu się sprawy, trwałe zmiany w mózgowiu, komorach i przestrzeniach podpajęczynówkowych, oraz głębokie zaburzenia w wytwarzaniu i krążeniu płynu mózgowordzeniowego. Jego bezpośredniem następstwem jest zacieśnienie komór w początkach sprawy, a odleglejszym skutkiem ropogłowie; oba zaś te stany komór uważać należy za istotne przyczyny, z powodu których surowica w pewnych przypadkach zawodzi, nawet przy stosowaniu dokomorowem.

Widziałbym tu tylko jedną radę, mianowicie wykonanie w takich przypadkach trepanacyi dekompresyjnej, połączonej, jeżeli się to okaże potrzebnem, ze skaryfikacyami twardówki. Trepanacya musiałaby być oczywiście wykonana jak najwcześniej, a także musiałaby być dostatecznie rozległa, aby mózgowie mogło nawet znacznie powiększyć swoją objętość, nie będąc narażone na ucisk. Wtedy mimo obrzęku nie następowałoby ani wklinowanie, ani znaczniejsze zwężenie rowków na powierzchni, temsamem nie powstałyby zaburzenia w krążeniu płynu, a przynajmniej odpadłoby znaczniejsze utrudnienie odpływu, stanowiące jeden z czynników przyczynowych zastoju płynu w komorach i następowego ropogłowia. Nie wytworzyłoby się też zacieśnienie komór, zatem i wstrzykiwania dokomorowe nie natrafiłyby na trudności, a surowica miałaby warunki korzystniejsze do wydatnego działania leczniczego.

Jednak mimo tych wszystkich przypuszczalnych dodatnich wpływów nie należałoby może przecież przywiązywać do proponowanego zabiegu zbyt wygórowanych nadziei. Pozostaną bowiem w tych najcięższych przypadkach nienaruszone inne czynniki ujemne o podstawowem znaczeniu, mianowicie podatność tkanki mózgowej, która prowadzić może szybko do zwężenia rowków, nawet wtedy, gdy mózgowie nie będzie narażone na większy ucisk — przypominam tylko, że w przyp. 97* równocześnie z zapadaniem się rowków, wypuklenie ciemiączka się cofało — i obniżenie wydzielania płynu mózgowordzeniowego, które mimo względnie wolnego odpływu może być przecież podstawą do zastoju płynu w komorach i gromadzenia się tutaj zbitej ropy.

Ostatecznie więc tylko w zastosowaniu praktycznem może się okazać, o ile proponowane postępowanie będzie mogło nam otworzyć pewne, choćby nawet nie zbyt wielkie widoki wyleczenia w tych przypadkach, przedstawiających się zresztą tak zupełnie beznadziejnie.

Streszczenie.

1) Oznaczając przy nakłuciach światło komór, możemy rozpoznać wodogłowie już w samych początkach, śledzić jego rozwój, a w danym razie i cofanie się; możemy także tą drogą stwierdzać zwężenie komór, będące objawem obrzęku mózgowia.

2) Wydzielanie płynu mózgowordzeniowego jest w przebiegu zapalenia nagminnego opon zawsze obniżone. Wyższe stopnie tego obniżenia stanowią zaburzenie bardzo groźne, gdyż jest ono jedną z przyczyn zastoju płynu w komorach i gromadzenia się w nich zbitej ropy.

3) Stwierdzenie wyraźnej różnicy między ciśnieniem w komorach, a ciśnieniem w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia jest niezawodną oznaką, że istnieją utrudnienia komunikacyi na drodze między komorami a kanałem kręgowym.

4) Wskaźnik białkowy, t. j. stosunek zawartości białka w płynie rdzeniowym do tejże zawartości w płynie komorowym, daje nam cenne wskazówki co do kierunku głównego prądu płynu mózgowordzeniowego. Jego obniżenie jest objawem, że prąd ten skierowany jest ku rdzeniowi. Przyczynę pierwotną tego zaburzenia stanowi zwężenie rowków mózgowych, wywołane obrzękiem mózgowia; w dalszym przebiegu może nastąpić zupełne zaciśnięcie i zarośnięcie rowków. Podniesienie się wskaźnika jest znów oznaką, że główny prąd płynu zwraca się ku powierzchni mózgowia, a w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia istnieje zastój. Przyczynę stanowią utrudnienia komunikacyjne na drodze z komór do kanału kręgowego. Pierwotnie chodzi tu o wklinowanie dolnych tylnych części mózgowia do otworu potylicznego wielkiego, będące następstwem obrzęku mózgu. Później mogą się wytworzyć skutkiem znacznego zwolnienia, czy ustania prądu zrosty w przestrzeni podpajęczynówkowej szyjnej części rdzenia. Wskaźnik średni jest oznaką, że niema wybitniejszych zaburzeń w krążeniu płynu, albo, że wpływy zaburzeń, działające w kierunkach przeciwnych, wyrównują się wzajemnie.

5) Wodogłowie zapalne jest następstwem obrzęku mózgowia, gdyż doprowadza on do zwężenia rowków na powierzchni mózgu i do znacznego obniżenia ciśnienia w rowkach, przez co ciśnienie w komorach, choćby nie wzmożone, ale działające w ten sposób jednostronnie przez czas długi, musi prowadzić do rozszerzenia komór.

6) Surowica swoista działa leczniczo bardzo pewnie, jednakże tylko pod warunkiem, że może dotrzeć w dostatecznem stężeniu do wszystkich gniazd meningokoków w komorach. Dlatego surowica zawodzi, jeżeli istnieje zacieśnienie komór lub gdy rozwinie się ropogłowie. Oba te stany są następstwem — jeden bezpośredniem, drugi pośredniem — obrzęku mózgowia wyższego stopnia.

7) Obrzękowi znaczniejszego stopnia ze wszystkiemi fatalnemi następstwami tego stanu — przebieg piorunujący, rozlane uszkodzenia tkanki mózgowej, zwężenie i zarośnięcie rowków mózgowych, zacieśnienie komór, wodogłowie, ropogłowie, wklinowanie pewnych części mózgowia do otworu potylicznego wielkiego, zarośnięcie przestrzeni podpajęczynówkowych rdzenia — poddają się tylko mózgowia nie mające prawidłowej jędrności. Mózgowia niemowląt karmionych sztucznie, lub karmionych wprawdzie piersią, ale dokarmianych wcześnie, są prawie zawsze chorobliwie zwiotczałe; ale także u niemowląt karmionych wyłącznie piersią i u dzieci w 2. roku życia nieprawidłowa wiotkość mózgowia nie jest wcale rzadkością. W wieku od 3. do 10. roku życia mózgowie jest z reguły bardzo oporne i jędrne. Od 11. roku życia zwiotczenie staje się znów częstszem.

8) Najwydatniejszym sposobem stosowania surowicy — wskazanym zwłaszcza przy zwężeniu komór — jest wstrzykiwanie obustronne do rogów dolnych komór bocznych.

9) W przypadkach przebiegających z obrzękiem mózgowia wysokiego stopnia wskazana byłaby możliwie wczesna trepanacya dekompresyjna.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

M. G. Cotte: **Leczenie ostrej czerwonki odpornej na lekowanie wewnętrzne.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. 1919, 5—6). W ciężkich przypadkach ostrej czerwonki, połączonych z gorączką, gwałtownymi bolami, silnem wychudzeniem i utratą sił, w których leczenie wewnętrzne i stosowanie wysokich dawek surowicy okazuje się bezskutecznem, poleca autor zabieg chirurgiczny. Wykonuje on nacięcie wyrostka robaczkowego (appendicostomia) w znieczuleniu miejscowem lub lędźwiowem, i zapuściwszy zgłębnik do jelita ślepego, przepłukuje całe grube jelito rozczynem azotanu srebrowego 1:1000. Zabieg ten umożliwia znacznie dokładniejsze przepłukanie jelita grubego aniżeli przez odbytnicę. Z siedmiu chorych tak leczonych wyleczył C. pięciu, a dwóch zmarło w 10 i w 6 dni po zabiegu. Autor podkreśla, że jest to zabieg, który może być stosowany tylko wyjątkowo w przypadkach istotnie ciężkich, gdzie przeprowadzono poprawne i zupełne leczenie internistyczne bezskutecznie.

Dr M. Blassberg (Kraków).

A. Foges: **O ciężkich poczerwonkowych zmianach w odbytnicy i ich leczeniu światłem.** (Wiener kl. Woch. 1919, 52). Po czerwonce pozostają często w odbytnicy ciężkie zmiany, opierające się wszelkiemu leczeniu. Są to nacieki z wyroślami guzowatemi i wybujałości ziarninowate, łatwo krwawiące, usadowione na 4—12 cm³ powyżej zwieracza odbytu. Często łączą się one z przekrwieniem i rozpulchnieniem śluzówki oraz z wydzielaniem śluzu i ropy. Zmiany te niejednokrotnie wiodą do błędnego rozpoznania raka odbytnicy. Opierając się na pomyślnych wynikach leczenia ziarnin i przewlekłych nacieków zapomocą sztucznego słońca, zaczął autor stosować w tych przypadkach leczenie lampą kwarcową zapomocą przyrządu skonstruowanego przez siebie wspólnie z Jungmannem w r. 1909. Wyniki są zachęcające, bo autor nie spostrzegał skutków ujemnych, a natomiast zauważył zanikanie nacieków i zmniejszanie się ziarnin, skłonnych do broczenia. Dr M. Blassberg (Kraków).

Ortner: **Rozpoznanie i różniczkowanie stanów podgorączkowych.** (Ärztliche Reform-Zeitung 1919, 23—24). Przy rozpoznawaniu podwyższonej ciepłoty powstają trudności, gdyż wchodzą tu w grę takie czynniki, jak okolica ciała, w której się mierzy, wpływ indywidualności i t. p. Ważne jest określanie amplitudy t. j. porównania ciepłoty najniższej i najwyższej. Przy amplitudzie mniejszej, aniżeli 0·5°, nie zawsze należy przyjmować istnienie gorączki. Częstą przyczyną stanów podgorączkowych bywa nieżyt szczytów płucnych, ale należy przytem pamiętać, że ognisko chorobowe może znajdować się we wnęce płuc lub w gruczołach śródpiersiowych. Niekiedy zachodzi sprawa gruźlicza w narządzie moczowopłciowym. Obok gruźlicy może być źródłem stanu podgorączkowego promienica lub kiła, a wówczas leczenie przeciwkiłowe bywa skuteczne. W ośrodkowym układzie nerwowym może być udar, guzy, a niekiedy wstrząśnienie mózgu źródłem stanów podgorączkowych. Dalej mogą prowadzić do stanów podgorączkowych zakażenia posocznicze, dur brzuszny, zimnica, obrzęki gruczołów zaotrzewnych, ropnie zimne, nowotwory, wrzód żołądka, stany zapalne gruczołów, wrzodziejące zapalenie okrężnicy, choroba Basedowa, otyłość i dna. Pozorna gorączka może być następstwem zaburzeń naczynioruchowych, zdarzających się u osób nerwowych i ozdrowieńców, zwłaszcza po chorobach zakaźnych. Cechuje ją występowanie po wysiłkach i wzruszeniach, skłonność do nieregularnych skoków, odporność wobec leków przeciwgorączkowych, a znikanie po makowcu. Dr M. Blassberg (Kraków).

Prof. Lewin: **W sprawie związku między cukrzycą, a moczówką prostą.** (M. Klin. 1919, 6). Wzajemny związek tych dwu spraw upatrywano naprzód w pojawianiu się obu tych cierpień u różnych członków tej samej rodziny; większe znaczenie w tym względzie przypisywano przypadkom, gdzie u tej samej osoby spostrzegano przechodzenie jednej z tych chorób w drugą, lub też występowanie ich naprzemian. Jednakże przypadki takie oceniać należy ostrożnie, gdyż przy wielu organicznych schorzeniach mózgu, n. p. po urazie głowy, bardzo często można zauważyć obfite moczenie z przejściem w cukromocz, albo też spostrzegać można naprzód cukromocz, a potem obfite moczenie, które rozmaicie długo się utrzymuje i wreszcie znika. Rozstrzyga tu więc jedynie długość trwania tych objawów, czy rozpoznamy przejście cukrzycy w moczówkę prostą (względnie naodwrót), czy też tylko przemijający cukromocz, który przechodzi następnie w zwykłą poliuryę. Dlatego też dla wytłumaczenia związku między temi dwiema sprawami mają większe znaczenie przypadki, gdzie nie zachodzi organiczna przyczyna, n. p. uraz. Według L. przechodzenie cukrzycy w moczówkę prostą jest wogóle nader niepewne; znaną jest rzeczą, że chory na cukrzycę, u którego pod wpływem dyety zniknął cukier z moczu, wydalać może jeszcze przez dłuższy czas większe ilości moczu, czego jednak nie mamy jeszcze prawa uważać za swoistą moczówkę prostą, t. zn. za ten stan chorobowy, gdzie pierwotną sprawą jest utrata zdolności wytwarzania przez nerki prawidłowo zagęszczonego moczu, wskutek czego występuje pierwotna poliurya, a wprowadzanie nadmiernej ilości płynów do ustroju jest sprawą następową. Także jeżeli chory wydalał z moczem naprzód cukier, potem białko, a nakoniec wystąpiło tylko obfite moczenie bez cukru i białka, może chodzić o poliuryę po zapaleniu nerek (glomerulonephritis), gdzie nerki nie odzyskały jeszcze zdolności wytwarzania prawidłowo zagęszczonego moczu. To samo tyczy się według L. i rzekomego przeistaczania się moczówki prostej w cukrzycę; skoro bowiem nie jest stwierdzony ów brak zdolności wytwarzania prawidłowo zagęszczonego moczu, nie możemy mówić o swoistej moczówce prostej, natomiast musimy przyjąć zwykłą poliuryę, w następstwie której rozwija się poliurya z cukromoczem, a wreszcie prawidłowa cukrzyca. Dla poparcia swych wywodów przytacza L. przypadek, gdzie na pozór nie ulegało wątpliwości przejście cukrzycy w moczówkę prostą, gdzie jednak próby nerkowe wykazały prawidłową zdolność zagęszczania, dowodząc, że chodzi tu o zwykłe obfite moczenie. Dr T. Tempka.

Prof. H. Salomon. **Diabetes innocens.** (Wien. kl W. 1919, 35). Pod tą nazwą opisuje autor szereg przypadków cukromoczu, obserwowane niektóre od kilkunastu lat. Według autora odznaczają się one trwałem wydzielaniem małych ilości cukru (do 0·8%) w moczu przy mieszanem żywieniu się, a nie dającem zwiększyć się przez zwiększenie węglowodanów w pokarmach, ani też usunąć przez ich zmniejszenie. Równocześnie naczczo krew badana co do cukru daje wyniki prawidłowe, albo nie wiele większe (0·1%) od prawidłowych. Choroba trwa niezmiennie całemi latami bez dolegliwości, towarzyszących właściwemu cukromoczowi, a napotyka się to zboczenie równocześnie u kilku członków tej samej rodziny. W wielu przypadkach napotykał autor także aceton w moczu, w innych znów znaleziono ślady białka i ciałka czerwone w moczu. Autor przypuszcza, że przyczyną tego zboczenia nie jest ani choroba trzustki, ani wątroby, lecz przepuszczalność nerek dla cukru, dlatego nazywa to zboczenie także moczówką nerkową (diabetes renalis) i uważa rokowania za dobre, gdyż ustrój ten stan przez cały szereg lat dobrze znosi. Dlatego mianuje go S. także »diabetes innocens«, kładąc go na równi z cukromoczem w okresie ciąży. J.

S. Erdheim: **Uszkodzenia ołówkami atramentowymi.** (Dem. 20. VI, 1919 w Tow. lek. wiedeńskiem na 20 przypadkach). (Klinisch-therapeut. Wochenschr. 1920, 1, 2). Ołówek atramentowy zawiera barwik metylowy fioletowy (Methylviolett), który

przy uszkodzeniu tkanki (nakłuciu, zadrapaniu) wywołuje jej martwicę, szerzącą się wskutek rozpuszczania się tego barwika w cieczy tkankowej. Przez to powstają rozległe owrzodzenia, które prelegent dla skrócenia leczenia radzi wycinać wraz z otaczającą zabarwioną tkanką. Znane są w okulistyce tego rodzaju uszkodzenia, jeżeli odłamek ołówka atramentowego dostanie się do worka spojówkowego. Wtedy powstać może owrzodzenie i przedziurawienie rogówki, a nawet utrata wzroku. J.

Adolf Edelmann: **O częstem pojawianiu się zmiękknienia kości jakoteż objawów zbliżonych do niego.** (Wien. kl. Woch. 1919, 4). Autor ogłasza 19 przypadków zmiękknienia kości, w przeciągu kilku miesięcy przyjętych do szpitala Wilhelminy w Wiedniu. Przypadki dotyczyły kobiet od 50—65 lat, które przysłano jako chore na gościec. Stwierdzano bole dotykowe żebrowe przy mostku, bole w lędźwiach i krzyżach, skrzywienie kręgosłupa, zmniejszenie wzrostu, a nieznaczne tylko zmiany w miednicy. Autor uważa za przyczynę choroby obecne liche odżywianie się ludności w Wiedniu (na co i u nas należałoby zwrócić uwagę; przyp. ref.). Leczenie szpitalne polegało na dobrem odżywianiu i wstrzykiwaniu rozczynu adrenaliny po 0·1—0·5 co 3—4 dni. J.

Wenckebach: **Rhachitis tarda.** (Wien. kl. Woch. 1919, 11). Częste pojawianie się obecnie późnej krzywicy (rhachitis tarda) w Wiedniu przedstawił w Tow. lekarskiem wiedeńskiem K. F. Wenckebach 28. lutego 1919 na szeregu chorych. Gromadne pojawianie się choroby, jakotez podobnych zboczeń w układzie kostnym przypisuje prelegent dzisiejszemu złemu odżywianiu się ludności. Przeciw chorobie stosowano w klinice dobre odżywienie i fosfor w tranie rybim. J.

Doc. Porges i R. Wagner: **Schorzenie kości głodowe.** (Wien. klin. Woch. 1919, 15). Autorowie obserwowali w I. klinice wiedeńskiej w przeciągu 8 tygodni przeszło 20 przypadków cierpienia kości. Objawiało się ono bólami w krzyżach i w kościach kończyn dolnych, tak, że chorzy tylko z trudem chodzić mogli. Przy badaniu okazywały się tylko kręgi krzyżowe i miednica na ucisk bolesne, nie można się zaś było dopatrzeć żadnego zniekształcenia kości. W wywiadach prawie wszyscy chorzy podawali, że w dziecięctwie przebywali krzywicę i uskarżali się najwięcej na bóle w stawie biodrowym, gdy się poruszali. Obraz chorobowy przypominał najwięcej starcze rozrzedzenie kości (osteoporosis senilis). Autorowie odnoszą to cierpienie do obecnie w Wiedniu panującego głodu, zwłaszcza, że cierpienie znikało już przy samem obfitem żywieniu azotowem w klinice. J.

Eskil Kylin: **Dalsze badania nad dodatkowymi szmerami i wytrzymałością przy fizycznej pracy.** (Deut. Arch. f. klin. Mediz. 127, S. 387). Autor zwraca uwagę na następujący zespół objawów: dodatkowe szmery sercowe, mała sprawność fizyczna, nieznaczne podwyższenie ciśnienia krwi i ogólne podniecenie nerwowe. Badania przeprowadził u nowobrańców i żołnierzy. U pierwszych na 1600 ludzi w wieku lat 20—25 znalazł 20% osobników ze szmerami dodatkowymi. U tych samych była skłonność do zwyżki ciśnienia krwi. U żołnierzy badał autor zachowanie się pod względem wytrwałości fizycznej w czasie konkursów łyżwiarskich (dokonanych po dłuższem przygotowawczem ćwiczeniu) osobników ze szmerami i bez szmerów dodatkowych. Odsetka pierwszych była wśród nagromadzonych na konkursie, to znaczy takich, którzy zdołali przebiedz 30 kilometrów w 5 kwadransów, bez porównania mniejsza w zestawieniu z drugimi. Stąd wnosi autor, że wspomniany wyżej zespół objawów jest charakterystyczny dla mniej wartościowej konstytucyi układu krążenia. Dr A. Oszacki.

G. Rosenow: **O działaniu nadnerczyny u człowieka.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 127, S. 136). R. wstrzykiwał śródmięśniowo nadnerczynę w dawkach 0·4—1·0 mg., zapisując za pomocą pletysmografu zmiany objętości przedramienia (powstałe w następstwie zwiększonego ukrwienia), a równocześnie za pomocą ulepszonej metody Moritza-Tabory ciśnienie w żyłach. Okazało się, że po wstrzyknięciu przypływ tętnicy znacznie się wzmagał. Zestawiając to z wynikami onkometrycznych pomiarów Olivera i Schaeffera na zwierzętach, dochodzi R. do przekonania, że nadnerczyna zwęża najpierw naczynia, unerwione przez nerw współczulny, w następstwie czego wyparta stamtąd krew rozszerza biernie zachowujące się naczynia obwodowe. R. wyciąga stąd wniosek 1) teoretyczny, że antagonizm naczyń brzusznych i obwodowych nie jest odruchowy (Dastré Morat), ale hemodynamiczny, — 2) praktyczny, że można zastosować nadnerczynę dla oceny czynnościowej sprawności naczyń brzusznych i dla leczenia zapadów Dr A. Oszacki.

Laubry i Esmein: **Równowaga leukocytów a niestałość czynności serca.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1919, 5—6). Niestałość akcyi serca, to jest znaczne przyspieszanie się czynności serca, pod wpływem nieznacznych bodźców, przy zachowanym regularnym rytmie, była czynnościowym objawem bardzo często napotykanym podczas wojny. Dupré scharakteryzował ją jako konstytucyjną wrażliwość (emotivité constitutionelle). Można było wyróżnić trzy kategorye tego objawu: 1) niestałość umiarkowana, przy której przyspieszenie akcyi serca łagodnieje, jeśli chory się położy, 2) akcentowana, ustępująca tylko podczas snu i przy długim wypoczynku, a uporczywie powracająca przy najmniejszej zmianie pozycyi, 3) niestałość nadmierna, która stanowi właściwie stałe przyspieszenie akcyi serca. Badania autorów zgodne są z badaniami Dziembowskiego i Bruncoca w tem, że u znacznej liczby chorych z niestałością i z wygórowaną pobudliwością serca w kierunku tachykardyi zachodzi skłonność leukocytów do wzrastania liczby jednojądrzastych. Atoli objaw ten jest zbyt niestałym i nie pozostaje w żadnym stosunku do czasu trwania i siły zaburzenia sercowego, tak, iż zadaleko idących wniosków patogenetycznych wyciągać nie należy. Dr M. Blassberg (Kraków).

M. A. Souques: **Patogeneza hipokratesowych zniekształceń palców.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. 1919, 9—10). U chorej 47-letniej z bolami i parestezyami w lewej kończynie górnej stwierdził autor typowe zniekształcenia hipokratesowe, ograniczone do lewej kończyny, a mianowicie maczugowate względnie pałeczkowate zgrubienie ostatnich członków palców oraz zakrzywienie, wydłużenie i rozszerzenie paznokci. Zgrubienie to dotyczyło tylko części miękkich, a nie dotyczyło kości. Oprócz tego na lewej kończynie górnej były żylaki bardzo wybitne na przedniej powierzchni przedramienia,

oraz sinica lekkiego stopnia. Jest to spostrzeżenie, podobne do przypadku Beclerea ogłoszonego w r. 1901, w którym tętniak tętnicy podobojczykowej wywoływał ucisk i zwężenie żyły po lewej stronie i jednostronne zgrubienia hipokratesowe palców lewej ręki. Zważywszy, że poza takiemi spostrzeżeniami napotyka się obustronne zmiany hipokratesowe na palcach obu rąk w przebiegu zwolnionego krążenia ogólnego żylnego przy wrodzonych zwężeniach tętnicy płucnej, dochodzi się do wniosku, że zwolnienie krążenia żylnego odgrywa ważną rolę w patogenezie palców hipokratesowych. Oprócz zwolnienia prądu krwi na tkanki ostatnich członków palców wpływać musi przeładowanie krwi jadami i produktami przemiany materyi.

Dr M. Blassberg (Kraków).

Wiadomości bieżące.

Czasopisma lekarskie francuskie, wydawane przez księgarnię Masson & Co, które można przez Komitet francusko-polski otrzymać na wyjątkowych warunkach (frank liczony za markę), są następujące (liczby w nawiasie oznaczają liczbę roczną zeszytów):

Annales de Dermatologie, Tome VII, (12)	34 fr.
» de Gynécologie et d'Obstétrique (6)	16 »
» de l'Institut Pasteur (12)	25 »
» de Médecine, Tomes V et VI (12)	28 »
» médico-psychologiques (6)	30 »
Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, Tome X (12)	22 »
L'Anthropologie. Tome XXIX (6)	32 »
Archives de médecine des enfants (12)	20 »
» de médecine expérimentale. Tome XXVIII (6)	34 »
» d'Ophtalmologie (6)	17 »
Bulletin de l'Académie de Médecine (42)	23 »
» de l'Institut Pasteur (24)	30 »
» de la Société anatomique (6)	17 »
» de la Société d'Anthropologie. Tome VIII (6)	20 »
» de la Société de Chirurgie (40)	32 »
» de la Société de Dermatologie (10)	25 »
» de la Société médicale des hôp. (40)	32 »
» de la Société d'Hygiène alimentaire (10)	15 »
» de la Société de Pathologie exotique (10)	24 »
» de la Société de Radiologie (7)	22 »
Comptes rendus de la Soc. de Biologie (40)	32 »
L'Hygiène scolaire (4)	4 »
Journal de Chirurgie. Tomes XIV et XV (12)	44 »
» de Physiol. et de Path. gén. T. XVIII (6)	45 »
» de Radiologie. Tome III (13)	35 »
» d'Urologie. Tomes VII et VIII (12)	42 »
Lyon chirurgical (6)	30 fr.
La Presse médicale (80)	18 »
Revue d'Hygiène et de Police sanitaire (12)	30 »
Revue neurologique (12)	55 »
Revue d'Orthopédie. Tome VI (6)	20 »

Ogólny Zjazd zdrojowisk i uzdrowisk polskich odbył się 25. i 26. III. we Lwowie. Utworzono Związek zdrojowisk i uzdrowisk całej Polski z siedzibą na razie we Lwowie; do tymczasowego Wydziału zostali wybrani: prezes: Jan hr. Potocki, wiceprezesi: Dr Dydyński (Warszawa), Dr Krzyżanowski, prof. Jurasz (Lwów). Uchwalono szereg rezolucyi do Sejmu i Rządu i rozpatrywano projekt ustawy zdrojowej.

Nadzwyczajnymi komisarzami do walki z epidemiami zostali mianowani: naczelnym prof. Dr Emil Godlewski, na Małopolskę Dr Henryk Trenkner, na froncie litewsko-białoruskim Dr Czesław Wroczyński, na Wołyń Dr Zygmunt Żubr.

Choroby zakaźne: W Łodzi od 14. III. do 3. IV. 1920: Dur plamisty zachor. 84, † (zmarło) 8, brzuszny 26, powrotny 5, płonica 20 † 2, błonica 5 † 3, zapalenie opon 12 † 6, gruźlica † 146. — W Krakowie od 7. III. do 20. III. 1920: Dur plamisty 182 † 35, brzuszny, 5 † 4, powrotny 11, płonica 12 † 1, błonica 3 † 1, czerwonka 2, zapalenie opon † 1, grypa † 11.

Wiadomości osobowe. Prof. Dr Piltz został mianowany członkiem korespondentem zagranicznym Towarzystwa neurologicznego w Paryżu.

Osiadanie lekarzy polskich we Włoszech. Dr Henryk Boral, z Gardone we Włoszech, na zapytania kolegów co do prawa praktyki obcych lekarzy we Włoszech, odpowiada za naszem pośrednictwem, że lekarze Polacy mogliby osiadać w stacyach klimatycznych włoskich i wykonywać praktykę bez przyjmowania obywatelstwa włoskiego i bez nostryfikacyi dyplomu, jeżeliby państwo polskie, jako zaprzyjaźnione z włoskiem, przyznało lekarzom włoskim prawo wzajemności w Polsce.

Zmarli: Dr Władysław Gajkiewicz, wybitny neurolog, b. redaktor »Gazety lekarskiej«, którą prowadził przeszło ćwierć wieku, autor szeregu cennych rozpraw, członek honorowy Towarzystwa lek. krakowskiego i warszawskiego, w Warszawie.

Nadesłano do Redakcyi: Wydawnictwa Wojskowej Rady sanitarnej: 1) Zembrzuski: Rys dziejów chirurgii wojennej polskiej. 2) Landau: Co to jest zatrucie gazami? Jak ratować i leczyć zatrutych? 3) Wskazówki dotyczące leczenia zatrutych gazami. 4) Bałłaban: Wskazówki do rozpoznawania i leczenia najważniejszych chorób ocznych. 5) Przewodnik przy określaniu stopnia niezdolności do pracy (spolszczył Dr Potrzobowski).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

SEJMIK POWIATOWY
Powiatu Olkuskiego — Olkusz, dn. 9 lutego 1920 r.
Nr. 106

Sejmik Powiatowy w Olkuszu ogłasza konkurs na stanowisko lekarza rejonowego gminnego z siedzibą w Sułoszowie odległej od miasta powiatowego i stacji kolejowej o 10 klm. Zasiłek od gminy i Sejmiku w łącznej kwocie 20.000 mk. rocznie. Okolica zamożna. Kandydaci winni się zgłaszać dla bliższego omówienia warunków pod adresem Wydziału Powiatowego Sejmiku Olkuskiego, podając opis swej dotychczasowej praktyki. 241



MAGISTRAT
król. wolnego miasta
Przemyśla

Przemyśl dnia 20 lutego 1920

L: 2992/20

KONKURS.

Magistrat miasta Przemyśla rozpisuje konkurs na posady dwóch lekarzy miejskich, jednego z poborami VIII a drugiego IX klasy rangi urzędników państwowych z prawem do awansu i emerytury.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać:

1. obywatelstwo polskie
2. dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3. dotychczasową praktykę w zawodzie lekarskim i ewentualną specyalizacyę,
4. nieskazitelność charakteru,
5. nieprzekroczony 40 rok życia.

Ubiegający się o posadę lekarza VII klasy rangi winni ponadto wykazać się egzaminem fizykackim z posadą zaś lekarza miejskiego IX klasy rangi połączony będzie obowiązek zamieszkania w dzielnicy Zasanie.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu w terminie do 20 marca 1920.

Burmistrz

242 *Kostrzewski.*

MINISTERSTWO
ZDROWIA PUBLICZNEGO

Warszawa, d. 24. marca 1920.

Nr III. 10131/2272 20.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza konkursy na posady prymaryuszów:

a) oddziału chirurgicznego krajowego szpitala powszechnego we Lwowie,

b) oddziału chorób wewnętrznych dla dzieci (pod wezw. św. Zofii) w krajowym szpitalu we Lwowie.

Do posad tych przywiązane są następujące pobory służbowe:

1) płaca roczna 3000 koron,

2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich po 600 koron rocznie.

Ponadto przez czas nadzwyczajnych stosunków wojenno-drożyźnianych pobierają prymaryusze dodatki drożyźniane, zależne od stanu rodzinnego, których wysokość reguluje się peryodycznie w miarę zmiany ekonomicznych warunków bytu.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać się iż:

I. są obywatelami państwa polskiego,

II. posiadają prawo praktyki lekarskiej w państwie polskiem,

III. są specyalistami w dziedzinie odnośnych chorób; w tym celu winni kandydaci przedłożyć swoje prace naukowe.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzien 1. maja 1920 r.

Podania należycie udokumentowane należy wnosić w powyższym terminie za pośrednictwem Dyrektora kraj. szpitala powszechnego we Lwowie. 245

MINISTERSTWO
ZDROWIA PUBLICZNEGO

Warszawa, d. 24. marca 1920.

Nr III. 10966/2362 20.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza konkurs na posadę prymaryusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Do posady tej przywiązane są następujące pobory służbowe:

1) płaca roczna 3000 koron.

2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich po 600 koron rocznie.

Ponadto przez czas nadzwyczajnych stosunków wojenno-drożyźnianych pobierają prymaryusze dodatki drożyźniane, zależne od stanu rodzinnego, których wysokość reguluje się pe.yodycznie w miarę zmiany ekonomicznych warunków bytu.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się iż:

1) są obywatelami państwa polskiego,

2) posiadają prawo praktyki lekarskiej w państwie polskiem,

3) są specyalistami w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych; w tym celu winni kandydaci przedłożyć swoje prace naukowe.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 15. maja 1920 r.

Podania należycie udokumentowane należy wnosić w powyższym terminie za pośrednictwem Dyrektora kraj. szpitala św. Łazarza w Krakowie. 246

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 4. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

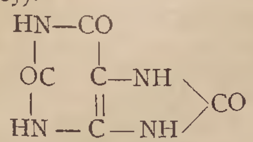
Jeden numer osobno kosztuje 5 K. = Marek 3·50.

Do Nru 4. załącza się zaproszenie do subskrypcyi »Tewuge«.

Nowa metoda oznaczania kwasu moczowego we krwi.

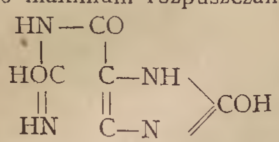
Podał Dr **Aleksander Oszacki**.

Kwas moczowy znajduje się we krwi w postaci soli jednozasadowej. Wynika to nietylko z warunków równowagi fizykochemicznej w stosunku jonów kwaśnych, względnie metalicznych i wodorotlenowych, jakie stwierdzono we krwi, ale także z faktu, że w tej postaci został kwas moczowy wyosobniony ze krwi. Ilości kwasu moczowego, znalezione we krwi, zwłaszcza w przypadkach chorobowych (dna w pewnych jej okresach, przewlekłe stany zapalne nerek, krupowe zapalenia płuc, białaczka, wreszcie w następstwie dłuższych naświetlań promieniami Röntgena) przewyższają niejednokrotnie maximum chemicznej rozpuszczalności krwi dla kwasu moczowego. Zgodnie z tem stwierdzono, że krew zawierająca tak wysokie odsetki moczanu sodu (aż do 0·05 gr na 100 cm³ surowicy) może jeszcze rozpuścić w sobie sztucznie dodane ilości kwasu moczowego, względnie jego kwaśnej soli sodowej. Wyjaśnienie dane przez Minkowskiego, że kwas moczowy podtrzymywany jest w rozczynie we krwi przez kwas nukleinowy, zostało odrzucone przez Brugscha. Utrzymują się jednak objaśnienia Gudzenta, Schadego i Bodena. Pierwszy z nich stwierdził, że kwas moczowy, a także jego kwaśna sól sodowa może występować jako postać laktamowa chwiejna, ale łatwiej rozpuszczalna, (maximum rozpuszczalności 18 mg. na 100 cm³ surowicy):



$C_5H_4N_4O_3$

Albo też jako postać laktimowa trwała, trudniej rozpuszczalna, bo maximum rozpuszczalności 8 mg. na 100 cm³:



$C_5H_4N_4O_3$

Obie te postacie zostały we krwi przez Gudzenta wykazane. Ich wzajemny stosunek ilościowy zależy od warunków równowagi.

Badania Gudzenta nie wyjaśniły jeszcze faktu, że we krwi spotykamy jednak większe koncentracye, niżby one odpowiadały postaci laktamowej. Schade i Baden udowodnili co do kwasu moczowego, co zresztą już teoretycznie mogło być prawdopodobne, że prócz rozczynów prawdziwych, tworzy on i jego sole rozczyny koloidalne (pozorne). W tych warunkach tłomaczyłaby się zmienność ale i nieograniczoność rozpuszczalności ciała tego we krwi. Dla dalszej treści ważne jest tylko, że rozczyny koloidalne z elektrolitycznych tworzą się szczególnie łatwo w chwili, gdy rozczyn elektrolityczny dochodzi do kresu swej rozpuszczalności, czyli gdy kwas moczowy lub jego sole mają wypadać z rozczynu.

Chcąc opracować metodę oznaczenia kwasu moczowego we krwi, trzeba się liczyć ze szczególnymi warunkami rozpuszczalności; z obecnością rozczynów rzeczywistych ale nasyconych i rozczynów koloidalnych. Pierwsze z nich odznaczają się wielką skłonnością do wypadania, drugie do adsorbcyi przez inne koloidy, zwłaszcza o ile te ostatnie znajdują się w tym samym rozczynie w zwiększonej ilości. W chwili wytrącania tego koloidu mogą łatwo być adsorbowane i porwane z rozczynu. Takim koloidem jest w surowicy białko.

Znajduje się ono w surowicy w ilości niemal 2000 razy większej, niż kwas moczowy. Oznaczenie kwasu moczowego, tak jak i wszelkich innych ciał niebiałkowych we krwi, musi być poprzedzone jego oddzieleniem od białka. Oddzielenie musi być ilościowe, bo nawet małe zanieczyszczenia ciałami białkowemi mogą istotnie zmieniać wyniki oznaczenia.

Sposób odbiałczania surowicy, względnie osocza zapomocą octanu uranylowego podałem już poprzednio (Zeitschr. f. klin. Med. T. 77, zesz. 1). Tamże wykazałem zapomocą frakcyonowania azotu, że wszystkie ciała, zawierające azot, a nie będące białkiem, przechodzą po wytrąceniu białka do przesączu otrzymanego od strątu białkowo-uranylowego. Zastosowalność odbiałczania dla jakościowego wykrycia kwasu moczowego we krwi stwierdziłem w następnej publikacyi (Deut. m. Woch. 1913, 24). Stosunki wojenne nie pozwoliły wcześniej opublikować wyników dalszej mej pracy nad opracowaniem metody ilościowego wykazania (oznaczenia) kwasu moczowego we krwi.

Całość postępowania rozpada się na 3 części: 1) oddzielenie kwasu moczowego od białka surowicy i przeprowadzenie go do roztworu; 2) oddzielenie kwasu moczowego od wszystkich innych ciał zawartych w surowicy poza białkiem (jest to reszta azotowa i cukier krwi) i 3) oznaczenie kwasu moczowego. Potrzebne rozczyny: do pierwszej części $1^1/_2{}^0/_0$ rozczynu octanu uranylowego, nie zrobiony dawniej niż przed kilku tygodniami; $\frac{n}{2}$ rozczyn NaOH i $\frac{n}{2}$ rozczyn kwasu octowego.

Postępowanie jest następujące: 20—50 cm³ surowicy (lub osocza) rozcieńcza się do czterokrotnej, dziesięciokrotnej lub czternastokrotnej objętości wodą przekroploną. Im oznaczenie ma być dokładniejsze, tem rozcieńczenie większe, o ile znów zależy na czasie, a dokładność nie musi być zbyt wielka (n. p. dla celów klinicznych), to można rozcieńczać mniej, aby potem odparowywanie krócej trwało. Po dokładnem rozmieszaniu surowicy z wodą dodaje się taką samą ilość rozczynu $1^1/_2{}^0/_0$ octanu uranylowego, jaką wzięto surowicy. Jeżeli użyto do opracowania osocza, to trzeba dodać około $10^0/_0$ więcej rozczynu uranylu. Zawsze jednak całość tej kombinacyi surowicy, wody i *ou* (oct. uranyl. = *ou*) powinna być wielokrotnością (5—10—15-krotną) ilości wziętej surowicy. Najpraktyczniej posługiwać się miarowemi kolbkami na 200, 300 i 500 cm³. Do takiej kolbki wlewa się ilość surowicy, przeznaczonej do oznaczenia i dokładnie oznaczonej objętościowo, n. p. 20, 30 lub 50 cm³. Naczynie, w którem surowicę odmierzono (cylinderek lub pipetę) spłukuje się do kolbki dowolną ilością wody, n. p. kilkudziesięcioma cm³ i dolewa się jeszcze wody przekroplonej do kolbki w ilości mniej więcej kilkakrotnej (jeżeli n. p. surowicy było 30 cm³, to można spokojnie »na oko« rozcieńczyć ją w kolbce 5—8-krotnie). Teraz dolewa się powoli tyle odmierzonego rozczynu *ou*, ile było surowicy i dopełnia się wodą do kreski, oznaczającej w kolbce jej miarę. Po zakorkowaniu kolbki i zmieszaniu można natychmiast sączyć. Wygodniej i dokładniej jest sączyć na »nuczy« pod lekkiem ciśnieniem ssącem (pompa wodna). W tym wypadku należy zawsze używać sączków twardych, szwedzkich. W braku urządzeń można sączyć na sączku zwyczajnym, składanym. Osadu na sączku nie należy nigdy przepłukiwać ani wodą, ani rozcieńczonym *ou*.

Skoro przesącz został dokładnie w całości odsączony, co zwłaszcza na nuczy idzie nader szybko, przelewa się go w całości do kubka szklanego o dość szerokim przekroju, spłukując pozostałość małemi ilościami wody. Cały przesącz poddaje się odparowaniu na łaźni wodnej. W czasie odparowywania przesączu (przesącz I) poddaje się opracowaniu strąt białkowo-uranylowy, otrzymany na sączku. O ile sączenie odbywało się na sączku twardym, to całą półtwardą masę strątu oddzielamy z łatwością i dolewamy ją do naczynia, zawierającego znowu 5—10—15-krotną ilość wody (w porównaniu do ilości surowicy). Zapomocą pręcika szklanego rozprowadzamy strąt we wodzie. O ile sączono na sączku składanym, to najlepiej cały sączek wraz z papierem pokrajać nożyczkami i wrzucić go do wody. Następnie podgrzewając dodaje się kroplami półnormalnego ługu, aż się cała ta masa rozpuści. Octan uranylowy nie strąca się przytem, a cała masa strątu octanu uranylowego przechodzi do rozczynu. Papier miękkiego sączka rozpuszcza się przytem częściowo lub całkowicie. Z chwilą gdy cały ten rozczyn dochodzi do wrzenia, odstawia się płomień i zaprawia $\frac{n}{2}$ kwasem octowym aż do wystąpienia pierwszych śladów kwaśnego odczynu wobec papierka lakmusowego. W czasie zakwaszania kłębiasty osad białczanu wypada z rozczynu. Gdy to się stało, przesączamy na gorąco znów najlepiej na nuczy. Przesącz (przesącz II) taksamo jak i pierwszy nie powinien zawierać nawet śladu białka —, nie daje też zwykle odczynu grupy uranylowej z żelazosinkiem potasu. Obecność małych ilości uranylu w przesączu I lub II nie przeszkadza oznaczeniu kwasu moczowego. Przesącz II dolewa się do I i odparowuje razem do ilości około 50—100 cm³ zależnie od ilości surowicy, z jakiej się wyszło.

Okres II postępowania, to zn. oddzielenie kwasu moczowego od innych ciał nie białkowych, względnie jego wyosobnienie może się odbywać na różne sposoby, już to przez przeprowadzenie go na sole amonowo-srebrowe (Ludwig-Salkowski), już to jako związek z tlenkiem miedziowym (Krüge-Schmidt), już to wreszcie jako sól amonową (Hopkins i Folin-Schäfer). Dla dokładnie ilościowych celów najlepiej nadaje się strącenie kwasu moczowego jako sól amonowo-srebrową. W tym celu dodaje się do przesączu I + II zagęszczonego do objętości 50—100 cm³ 5 cm³ mieszanki magnezyowej po uprzedniem zalkalizowaniu przesączu małą ilością amoniaku. (Mieszanka

magnezyowa jestto rozczyn 100 gr. krystalicznego chlorku magnezowego i chlorku amonowego w litrze wody. Przed dopełnieniem do litra dodaje się amoniaku aż do wystąpienia silnej woni). Następnie dodaje się 10% rozczynu chlorku srebra aż do wystąpienia obfitego strątu od chlorku srebra (Bass-Wiechowski). Powstały osad osącza się na małym sączku i przepłukuje zlekka rozcieńczonym amoniakalnym rozczynem srebra. (Dla otrzymania amoniakalnego rozczynu srebra rozpuszcza się 26 gr. azotanu srebra w dosyć silnym amoniaku i dopełnia wodą do objętości litra). Po przepłukaniu zestrzykuje się strąt kwasu moczowego ze sączka z powrotem do naczynia, w którem się odparowywało, podgrzewa do wrzenia, nasyca siarkowodorem aż do wytrącenia całego siarczku srebra, potem jeszcze gotuje kilka minut (po odstawieniu siarkowodoru) i sączy na gorąco do naczyńka o ścianach prostych.* Osad spłukuje się gorącą wodą. Przesącz zakwasza się paroma kroplami stężonego HCl i odparowuje do objętości paru cm³. Po jakimś czasie otrzymuje się kryształki kwasu moczowego samego lub z domieszką kryształków innych ciał purynowych.

Część III, więc oznaczenie już wyosobnionego kwasu moczowego, może się odbywać różnymi sposobami. Oznaczenie wagowe jest najmniej wskazane. Najdokładniejszy sposób, to spalenie całego osadu w aparacie Kjeldahla. Otrzymana ilość azotu, pomnożona przez 3, daje ilość wyosobnionego kwasu moczowego.

Dla celów klinicznych wskazane jest uproszczenie oznaczenia kwasu moczowego przez zastosowanie nieco zmodyfikowanej metody Folina-Schäfera dla moczu. Do zagęszczonego przesączu I i II dodaje się parę kropli $\frac{n}{2}$ kwasu octowego i dolewa taką samą ilość rozczynu siarczanu amonowego (500 gr. siarczanu na litr wody) i zaprawia paroma cm³ amoniaku. Po 24 godzinach odsącza się osad moczanu amonowego (ciała purynowe zostają w rozczynie) i nie przepłukując zestrzykuje ze sączka do kubka. Zestrzyknięty osad rozprowadza się w 50 cm³ wody i dodaje 10 cm³ stężonego kwasu siarkowego, kwas moczowy przechodzi do rozczynu, a cały płyn zagrzewa się przytem. Gorący rozczyn miareczkuje się $\frac{n}{50}$ rozczynem nadmanganianu potasu. W czasie miareczkowania ciepłota płynu nie może spaść poniżej 50° C. W przeciwnym razie trzeba podgrzewać. 1 cm³ $KMnO_4$ odpowiada 1·5 mg. kwasu moczowego.

Opisawszy samą metodę, chciałbym jeszcze umotywować podany w niej sposób postępowania i krytycznie ją zanalizować. Że przesącz od strątu białkowo-uranylowego surowicy krwi ludzkiej zawiera kwas moczowy, o tem doniosłem we wspomnianej już wyżej publikacyi (D. m. W. 1913, 24). Dalsze badania przekonały mnie, że kwas moczowy da się jakościowo w każdej surowicy ludzkiej odbiałczonej *ou* wykazać. Potwierdził to później Frank z kliniki Minkowskiego (P. Ber. d. deutsch. Kongr. f. inn. Mediz. 1913). Dla jakościowego wykazania kwasu moczowego wystarczy mieć nawet 10 cm³ surowicy, a w przypadkach nadmiernej urikemii (Brugsch) nawet 5 cm³. W tej samej publikacyi podałem wynik przeprowadzonych dwóch oznaczeń kwasu moczowego w samym tylko przesączu u dwóch chorych, u których klinicznie stwierdzono dnę. U pierwszego z nich znalazłem 0,0076 gr. kwasu moczowego, u drugiego 0,0049. Oznaczenia dokonano w przesączu uranylowym po wytrąceniu kw. m. w postaci magnezyowo-srebrowej i spaleniu sposobem Kjeldahla. Kwas moczowy dawał się zawsze jako taki zidentyfikować przez cechy kryształków (we krwi zawsze małych, białych i niezanieczyszczonych w przeciwstawieniu do moczu, gdzie są one zawsze żółte, duże i wyraźnie zanieczyszczone) i przez odczyn mureksydowy. Celem dalszego wypróbowania metody przeprowadziłem oznaczenia jeszcze w 10 dalszych przypadkach, wychodząc zawsze z 50 cm³ surowicy. Z tych dwa wykazują zwiększoną resztę azotową (RN).

	Rozpoznanie	RN	K. M.
1.	Nephritis chron. interstit.	0,0957	0,0096
2.	» » »	0,112	0,0106
3.	Icterus catarrhalis		0,0007
4.	Apicitis ambil.		0,0042
5.	Apicitis dextra		0,0031
6.	Cirrhosis hepatis		0,0044
7.	Cirrhosis hepat. c. ictero		0,0059
8.	Ca ventric.		0,0088
9.	Lymphaden. gland. retroperiton.		0,0083

Najbliższe pytanie do rozstrzygnięcia było, czy otrzymane ilości kwasu moczowego odpowiadają c a ł e j zawartości kwasu moczowego w surowicy, inaczej mówiąc, czy pewna jego część nie ginie. Dla rozstrzygnięcia pobrałem u dwu chorych z niedomogą krążenia większe ilości krwi, z których otrzymałem 150 cm³ surowicy. W 50 cm³ tej surowicy przeprowadziłem oznaczenie w przesączu odbiałczonym uranylem, a do 100 cm³ dodałem jeszcze 0.0047 gr. kwasu moczowego. Dla dokładnego rozpuszczenia wstawiłem na godzinę surowicę wraz z dodanym kwasem moczowym do cieplarki, mieszając często. Te 100 cm³ surowicy przepołowiłem i przeprowadziłem w obu porcyach 50 cm³ oznaczenie kwasu moczowego. Wynik był następujący: U pierwszego chorego:

I. W 50 cm³ surowicy samej było 50: 0,0039% kw. m., czyli że surowica z dodanym kwasem moczowym powinna była zawierać: 0,0086% kwasu moczowego. Z tego 50 cm³ powinnoby zawierać: 0,0043. Tymczasem oznaczenia wykazały 0,0034 (21% straty) i 0,0037 (14% straty), czyli że w pierwszym przypadku 14—21% kwasu moczowego podlegałoby stracie. W przypadku drugim podobnie opracowanym straty wynoszą 18—24%. A mianowicie:

II. W 30 cm³ surowicy samej: 0,0028% km. Dodano do 100 cm³ tej samej surowicy 0,0039, to znaczy, że surowica zawiera: 0,0028+0,0039=0,0067% k. m. A więc 50 cm³ powinnoby zawierać $\frac{0,0067}{2} = 0,0033$. Znaleziono w I 0,0025 (24% strat), w II 0,0027 (18%). Oczywiście zestawienie to daje wyobrażenie tylko o minimum strat. Przyjmuje się przytem liczby otrzymane dla kwasu moczowego w surowicy samej za realne, chociaż i one są w rzeczywistości prawdopodobnie wyższe. Wspomniane we wstępie uwagi o warunkach rozpuszczalności kwasu moczowego we krwi i o jego stosunku do białka doprowadzają łatwo do wniosku, że to samo strącanie kwasu moczowego jest prawdopodobnie przyczyną strat. Aby straty te możliwie zmniejszyć, postanowiłem w podany wyżej sposób opracować strąt białkowo-uranylowy powtórnie. Polega ono na przeprowadzeniu go do rozczynu i ponownem wytrąceniu w warunkach możliwie dobrej rozpuszczalności dla kwasu moczowego (wysoka ciepłota, odczyn obojętny, a nawet przez jakiś czas zasadowy). Straty w k. m. mogą być wywołane w pierwszym rzędzie skutkiem adsorbcyi przez inne kolloidy zwłaszcza białko. Siła adsorbcyi zależy od koncentracyi kolloidów i od ich ładunków elektrycznych. Ponieważ białko surowicy znajduje się w ilości bez porównania większej, aniżeli kwas moczowy, to gdyby nawet cała jego ilość przeszła w skupienie koloidalne, bardzo jest prawdopodobne, że w chwili wytrącania białka strąt jego porywa ze sobą pewną część kwasu moczowego. Przedewszystkiem tę, która przeszła w postać koloidalną. Podane poniżej zestawienia wskazują, że straty k. m. w ten sposób powstałe dają się częściowo odzyskać metodą na początku tej pracy omówioną.

	Rozpoznanie	Przesącz I	Przesącz I + II	Zysk %
1.	Cirrhosis hepat.	0,0054	0,0059	9,3%
2.	Nephr. interstit.	0,0096	0,0108	11,1%
3.	Adynamia cordis	0,0084	0,0092	8%
4.	Diathesis urica	0,0127	0,0139	8,8%
5.	Ulcus ventric.	0,0051	0,0054	5,5%
6.	Vitium cordis	0,0058	0,0062	8%

Z zestawienia widać, że straty odzyskane wynoszą 5,5—11,1%. Przeważnie im ilości kwasu moczowego większe, tem i straty większe. W oznaczeniach dla celów ważniejszych trzeba oczywiście przeprowadzić oznaczenie w obu przesączach, w oznaczeniach oryentacyjnych wystarczy oznaczyć tylko w przesączu I, licząc się odrazu ze stratą około 20—30%.

Encephalitis lethargica et choreiformis

przez kap. lek. **Dr E. Artwińskiego.**

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie dnia 24. III. 1920 r. z demonstracyami chorych.

Z kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz) i szpitala wojskowego Nr 1. oddział II. w Krakowie (dowódca maj. lek. Dr Bronisław Hackbeil, lekarz naczelny oddziału kap. lek. Dr Marcin Zieliński).

Od drugiej połowy lutego spostrzegaliśmy coraz to częściej zespoły objawów, które najbliższe są zespołom ujętym pod nazwą »encephalitis lethargica« i »encephalitis choreiformis«.

Podejmując powyższy temat, zdaję sobie dokładnie sprawę z trudności, wiążących się z nim, i jedynie dająca się odczuć potrzeba i chęć wzbudzenia dyskusyi skłania mnie do tego. Na wstępie też chciałem podnieść, że jeżeli chodzi o mniej znane cierpienie, to trudno jest mówić o jakiejś wyraźnie odgraniczonej jednostce chorobowej, a już z natury rzeczy wypada się ograniczyć do fragmentarycznego ujęcia tematu. I tak w naszym wypadku będę mówić nie o jednostce chorobowej, bo brak jeszcze w tym kierunku podstaw, ale o pewnych klinicznie ustalonych zespołach objawów. Dalsze badanie bakteryologiczne, serologiczne i anatomo-patologiczne wesprze może obserwacye kliniczne i umożliwi powiązanie dotychczasowych zespołów chorobowych w jednostkę lub jednostki kliniczne.

Z publikacyi naukowych mamy wiadomości, że przypadki, które u nas wystąpiły obecnie, mnożyły się w Wiedniu od grudnia 1916 r.

Economo w swoim odczycie z kwietnia 1917 r. zwraca uwagę, że w czasie epidemii grypy w 1890 r. liczne były przypadki encephalitis ze śpiączką, które wówczas opisano pod nazwą »Nona«. Objawy kliniczne, spostrzegane przez Economo w Wiedniu w r. 1917, są łudząco podobne do tych, które w dalszym ciągu przedstawię. Economo twierdzi jednak, że powyższa epidemia nie jest w związku etyologicznym ani z grypą, ani z chorobą Heine- Medinowską.

Etyologiczną lukę twierdzenia Economo uzupełnił Wiesner swoim komunikatem na posiedzeniu z 10. lipca 1917 r. wiedeńskiego Towarzystwa neurologów i psychiatrów, w którym donosi, że wstrzykiwał brejowatą zawiesinę z mózgu i rdzenia osoby zmarłej na »encephalitis lethargica« małpie pod oponę twardą i już po kilku godzinach stwierdził u niej wybitną senność i ociężałość, podobną do tej, jaka występuje u tych chorych. Zwierzę stale zasypiało; jeżeli było budzone, walczyło wyraźnie ze snem. W 46 godzin po wstrzyknięciu nastąpiła śmierć. Sekcya wykazała obraz ciężkiego wybroczynowego zapalenia mózgu (encephalitis haemorrhagica), szczególnie w obrębie substancyi korowej szarej w jądrach pnia mózgowego, rdzeniu przedłużonym i przekrwienie opon. Druga małpa, szczepiona przesączem tejże zawiesiny wolnej od bakteryi, wyszła cało, z czego wnosi Wiesner, że przyczyną choroby nie są jady (Gift), ale drobnoustroje. Hodowla zarówno u człowieka, jak i u małpy, wypadła dodatnio. Powiodło się Wiesnerowi wyhodować gramo-dodatniego ziarenkowca, stojącego morfologicznie i biologicznie między dwoinką lancetowatą i paciorkowcem; wyhodowany ziarenkowiec wyróżnia się zarówno przez swoją dążność do zwyrodnienia i rozpadu, jak i przez swój polimorfizm. W ogniskach zapalnych nie udało się go znaleść ani u człowieka, ani u małpy. Trzecia małpa, podobnie szczepiona jak pierwsza, miała przebieg choroby lżejszy, ale podobny do pierwszej. Po 12 dniach małpę tę zabito, a sekcya wykazała krwotoki, głównie w rdzeniu przedłużonym. Wiesner klasyfikuje sprawę jako zapalenie mózgu i rdzenia oraz opon (meningoencephalomyelitis).

W dalszym ciągu swego referatu Wiesner zwraca uwagę, że w przypadkach często występującej skazy krwotocznej udało mu się wyhodować podobnego ziarenkowca (diplostreptococcus), jak przy »encephalitis lethargica«. Szczepienie na króliku wywołało skazę krwotoczną. Za związkiem między »encephalitis lethargica« i skazą krwotoczną ma przemawiać jeszcze i to, że w dwóch przypadkach encephalitis spostrzegał Wiesner skazę krwotoczną.

Takby się przedstawiała według szkoły wiedeńskiej etyologia »encephalitis lethargica«. Sąd o tem pozostawiam bakteryologom i przechodzę do części klinicznej mojego odczytu.

Kliniczne ugrupowanie tych zespołów jest bardzo trudne, gdyż spotykamy tu wielkie bogactwo i różnorodność postaci, co zależy od różnorodnego usadowienia w obrębie układu nerwowego, a że na razie nie posiadamy jeszcze mózgów histologicznie zbadanych, muszę się obecnie ograniczyć jedynie do opisania zespołów obecnej krakowskiej epidemii.

Zacznę od przypadków analogicznych z opisanymi i sekcyonowanymi przez Economo.

Ze względu na brak miejsca ograniczam się tu jedynie do dwu przykładów kazuistycznych.

Przypadek I. K. J., 35 lat. Około 10. II. wystąpiły, jako zwiastuny, uderzenia krwi do głowy, nadmierne pocenie się twarzy. — 12. II. ciepłota podniesiona przez 4 dni, sięgająca najwyżej 37° C. Stan lekkiego podniecenia i przygnębienia, drażliwości, chory silniej gestykulował niż zwykle. Brak apetytu. W nocy mówił chory przez sen, najczęściej o swojej pracy dziennej. W kilku pierwszych dniach kilkakrotne szarpanie mięśni brzusznych po stronie lewej. Równocześnie z gorączką silne zawroty głowy. — Mniej więcej od 16. II. wybitna senność. — 20. II. cierpnienie lewej połowy języka, równocześnie też zjawia się utrudnienie ruchów w lewej połowie twarzy. Przy chodzeniu uczucie ciągnienia w lewą stronę. — 10. III. przyjęty na oddział II. szpitala 1.

Badanie wykazuje: Bolesność opukowa potylicy po stronie lewej. Drżenie gałek ocznych przy patrzeniu w lewo. Oddziaływanie źrenic na światło mało wydatne. Lewa źrenica zniekształcona. Porażenie wszystkich 3 gałęzi nerwu twarzowego (ustnego najwyraźniejsze). Analgezya lewej połowy twarzy. Odruchy równe T. 84, lekki stan podgorączkowy. Chory chodzi po mieście, ale stale senny. Odczyn Wassermanna ujemny. — 15. III. Poprawa.

Przypadek II, T. S., 22 lat. W połowie lutego 1920 ból głowy, gorączka 38°. Pierwsze 2 tygodnie bezsenność (chory mówił przez sen i mówili mu koledzy, że w nocy miewał jakieś drgawki całego ciała). W trzecim tygodniu choroby występuje sen i porażenie w obrębie twarzy. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie wzmożone. -- 26. II. Przyjęty na oddział II. szpitala 1.

Badanie wykazuje: Lewa źrenica > pr. Na światło oddziałują źrenice prawidłowo, na akomodacyę prawie nie oddziałują. Porażenie obu nerwów odwodzących oko. Porażenie wszystkich 3 gałęzi nerwu twarzowego prawego. Słabsze porażenie lewego n. twarzowego. Chory senny. Na sali chorych stale śpi, do jedzenia trzeba go budzić. — 15. III. Mniej senny. W obrębie mięśni porażonych poprawa.

Streszczając powyższe przypadki, możemy podobnie, jak Orzechowski, podkreślić zmienność i wielopostaciowość występujących objawów. Ze względu jednak na tę zmienność objawów uważamy, że pewien schematyzm może ułatwić oryentacyę wśród tej różnorodności i zmienności. I tak praktycznie może będzie podzielić przebieg tej choroby na trzy okresy, we wszystkich powyższych przypadkach istotnie mniej lub więcej wyraźnie zaznaczone.

I. okres, to okres zwiastunów: występują zmienne bóle głowy, silne zawroty głowy, widzenie »jak przez mgłę«, uderzenia krwi do głowy, nadmierne pocenie się na twarzy. Często zatwardzenie. Wymioty, szum w uszach. Ciepłota w naszych przypadkach zachowywała się bardzo zmiennie, przeważnie jednak waha się około 38°. Są jednak przypadki, gdzie ciepłota nie przekroczyła stanów podgorączkowych.

II. okres — to okres podniecenia psychoruchowego, występującego z bardzo dużemi wahaniami w nasileniu. I tak w przypadku pierwszym chodzi o człowieka inteligentnego — duża zdolność samoobserwacyi — który podaje, że w tym okresie silniej gestykulował, niż zwykle, był silnie rozdrażniony i przygnębiony, miewał też wprawdzie rzadko występujące zrywania w mięśniach brzucha. Jako objaw najstalszy tego okresu zjawia się bezsenność lub gorszy sen, zaburzenia snu, na które skarżyli się wszyscy nasi chorzy. Inny chory opowiada o ruchach mimowolnych, tak silnych, że musieli go krępować. Kilkakrotnie spotykaliśmy przemijające 2—3 dni trwające podwójne widzenie. Często chorzy ci mówią dużo przez sen i opowiadają też o ruchach mimowolnych, które ich budziły ze snu, a w dzień nie występują. Stan podniecenia dochodzi czasem do obrazu bredzenia (delirium). Okres ten, zdaje się, może trwać różnie długo, od kilku dni do kilku tygodni.

III. okres, to okres mniej lub więcej silnie zaznaczonej senności i już wyraźnie występujących porażeń w obrębie nerwów czaszkowych. Sen znowu jest rozmaicie głęboki i waha się między snem bardzo twardym, z którego tylko z trudem udaje się tych chorych zbudzić, poczem znowu ponownie bardzo szybko zasypiają, a pewną tylko sennością, w której chorzy nie śpią wprawdzie, ale nie są jednak zdolni do swojej codziennej pracy, skarżą się na utrudnienie w skupieniu myśli, na niezdolność do najprostszego umysłowego wysiłku. Chorzy bardzo senni przy badaniu psychicznem nie wykazują żadnych zaburzeń prócz ogólnego zahamowania wszystkich funkcyj umysłowych. W tym też okresie, jak powiedziałem, mogą wyraźnie występować porażenia nerwów mózgowych, z których najczęściej spotykaliśmy porażenia nerwów twarzowych (w jednym przypadku było porażenie obu nerwów twarzowych), odwodzących oko, z zaburzeniami czucia w zakresie nerwu trójdzielnego, przeważnie jednostronnie i bardzo często porażenie nerwu okoruchowego, wreszcie zaburzenia chodu o charakterze móżdżkowym, przyczem przeważnie spotykaliśmy tylko jednostronne porażenia po stronie prawej lub lewej. W tym okresie widzieliśmy dwukrotnie objawy oponowe. Na szczególną uwagę zasługują bardzo częste zaburzenia źrenic, zwolnienie i ograniczenie oddziaływania na światło, aż do zupełnego zniesienia, zaburzenia akomodacyi, częsta nierówność i zniekształcenie źrenic. Wreszcie w przypadku z zejściem śmiertelnem spostrzegaliśmy objaw »pływania gałek ocznych« i objaw robaczkowatych ruchów źrenic, dostrzeżony w tym przypadku przez prof. Piltza, a spostrzegany już poprzednio przez niego przy zapaleniu opon mózgowych (dno oka bez zmian lub też nieznaczne czynne przekrwienie).

Trzeci okres jest najdłuższy; ma trwać podobno od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Jest on najcharakterystyczniejszy przez swoje objawy, przysłania sobą poprzednie nietylko dla chorego, ale i dla lekarza. W naszych przypadkach niejednokrotnie żmudne wywiady, przeprowadzane wspólnie z Dr M. Zielińskim, pozwoliły na wyłowienie szczegółów pierwszych 2 okresów. Nic dziwnego więc, że od objawów tego okresu powstała i nazwa dla całej choroby: »encephalitis lethargica«, jakkolwiek widzieliśmy, że są przypadki, gdzie o śnie w znaczeniu snu letargicznego mowy niema.

Zdaję sobie sprawę ze sztuczności tego schematu, gdyż niema tu nigdy rzeczywiście granic wyraźnych między okresami i raz jeszcze podkreślam, że budujemy ten schemat w celu ułatwienia oryentacyi w obfitej różnorodności szczegółów.

Ponieważ nie mamy jeszcze swoich preparatów, cytuję obrazy anatomiczne, oczywiście z wszelkiemi zastrzeżeniami, z analogicznych przypadków Economo. Stwierdził on w 2 sekcyonowanych przypadkach przekrwienie i obrzęk mózgu, krwawe wybroczyny w rdzeniu przedłużonym i rdzeniu i podał rozpoznanie anatomopatologiczne: »polioencephalomyelitis«. Mikroskopowo: nacieki limfocytów około naczyń, a szczególnie w okolicy wodociągu Sylwiusza, w niektórych miejscach wysięk komórek wielojądrzastych. Wszędzie substancya szara wyraźniej zajęta, niż biała. W obrębie rdzenia i kory mózgowej małe ogniska zapalne. W jednym preparacie ziarenkowce.

Badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało wzmożenie ciśnienia, odczyn Nonne-Apelta ujemny, w niektórych przypadkach pleocytoza z przewagą wielojądrzastych nad jednojądrzastymi.

Wyniki badania naszej kliniki (Dr Sikorska): w 12 badanych przypadkach wszędzie wystąpił mniej lub więcej dodatni odczyn Nonne-Apelta i wzmożone ciśnienie. W 8 przypadkach nieznaczne powiększenie ilości białka do 0,06. W 4 przypadkach lekka pleocytoza do 10 ciałek w 1 mm. W 5 przypadkach wzmożona ilość cukru.

Przechodzimy do analizy drugiego zespołu objawów, który na podstawie obserwacyi epidemii lwowskiej według prof. Orzechowskiego ma być obrazem częściej spotykanym od pierwszego.

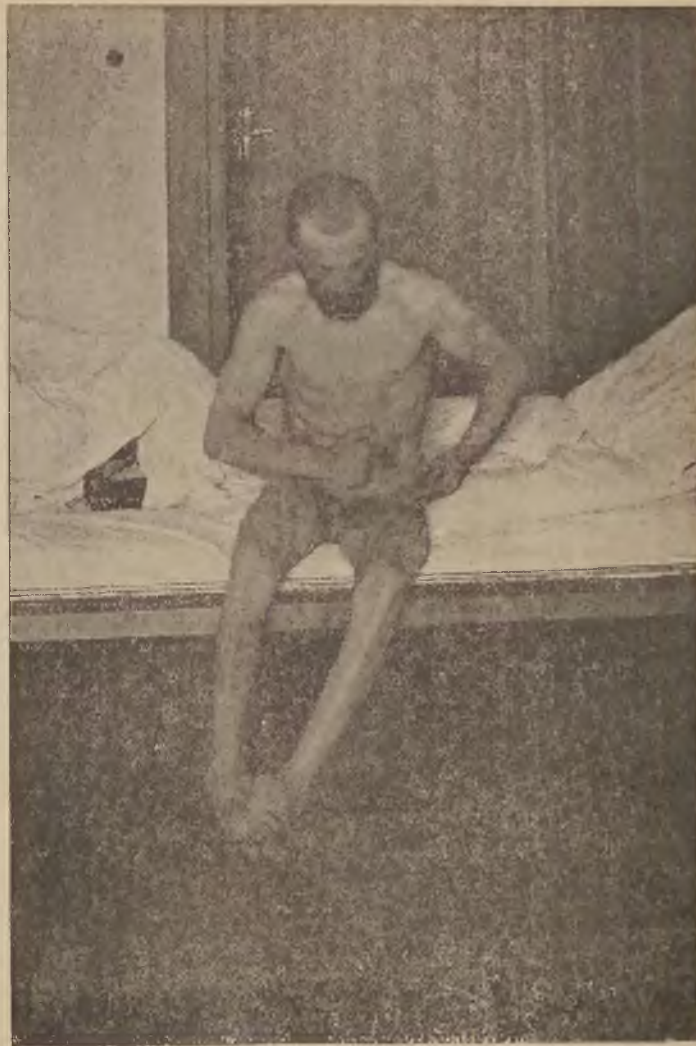
Podobnie, jak poprzednio, dzielimy znowu na trzy okresy.

Okres I. Objawy na ogół podobne do objawów pierwszego zespołu.

Okres II. W obrazie przeważają ruchy, łudząco podobne do pląsawiczych, lub też różniące się od pląsawiczych powolniejszem tempem, pewną skłonnością do powtarzania się i stosunkowo dłuższemi przerwami między poszczególnymi ruchami, niż przy pląsawicy. I tutaj znowu wielkie wahania od stosunkowo lekkiego nasilenia aż do nadzwyczajnie silnych stanów podniecenia, »obłędu ruchowego«. Psychicznie zmienne i o różnem nasileniu stany zamroczenia, przechodzące w niektórych przypadkach w niezmiernie charakterystyczne obrazy bredzeń (delirium), wybitnie zawodowych, nocą występujących silniej, niż w ciągu dnia. W obrębie ruchów mimowolnych na szczególne wyróżnienie zasługują ruchy w obrębie przepony i mięśni brzucha, czasami jednostronne i dające się wywołać już przez lekkie uderzenie w powłoki brzuszne. Ruchy mimowolne w mięśniach brzucha spostrzegał i prof. Orzechowski, a szkoła wiedeńska przypisuje im dużą rolę dla rozpoznania różniczkowego tych stanów. Chorzy ci mówią »o niepokoju w brzuchu«, czasami skarżą się też na silne bole mięśniowe w pasie.

Prócz ruchów pląsawiczych spotykamy tu ruchy mimowolne, polegające naprzykład na stale powtarzających się synchronicznych skurczach w zakresie łokciowego prostownika nadgarstka (m. tensor carpi ulnaris) i łokciowego zginacza nadgarstka (m. flexor carpi ulnaris), przy równoczesnej niemożności używania czynnego danej ręki, lub u innego chorego nagłe silne bardzo skurcze i rozkurcze w stawie łokciowym, tak silne, że chory kilkakrotnie zadrapał sobie twarz, ruchy, których chory nie może opanować, a które przy próbie badania skurczów dają opór prawie nie do pokonania. U tego samego chorego spostrzegaliśmy już w okresie uspokojenia ruchy dłoni zgiętej w pięść, podobne do ruchów przy drżączce poraźnej (paralysis agitans), z którymi mają jeszcze i tę cechę wspólną, że przy ruchach zamierzonych na krótką chwilę zmniejszają się. Przy chodzeniu chory ten wykonywał stały wahadłowy ruch tą ręką. Odnieśliśmy wrażenie, że przez zwrócenie uwagi i afekty — ruchy te potęgują się.

Ten sam chory, idąc, chwilami wyrzucał kilkakrotnie wyprostowaną nogę tam i z powrotem. W obrębie nogi stan bardzo silnego napięcia mięśniowego i stałe ustawienie stopy w położeniu stopy szpotawej (pes varus). (ryc. 1). Ruchy te, polegające



Ryc. 1.

na skurczach antagonistów i synergistów, mogą chwilami sprawiać wrażenie jakby ruchów celowych i różnią się, jak widzieliśmy, zasadniczo od ruchów pląsawiczych lub też podobnych do pląsawiczych. W czasie snu ruchy znikały.

W tym okresie spostrzegaliśmy też porażenia w zakresie nerwów mózgowych, ale nigdy nie były one tak silnie zaznaczone, jak przy poprzednim zespole (encephalitis lethargica).

Stan ten przebiega nieraz z tak silną bezsennością, że morfina nawet w wysokich dawkach nie działa. Czas trwania tego okresu, podobnie jak i nasilenie ruchów, bywa bardzo zmienne i jak na podstawie naszych dotychczasowych spostrzeżeń możemy sądzić, trwa od tygodnia do 4 tygodni.

Kilkakrotnie musieliśmy w tym okresie mocz wypuszczać cewnikiem.

Jak nasze spostrzeżenia kliniczne wykazały, okres ten przebiega z ciepłotą podgorączkową lub dochodzącą do 39° C.

Wreszcie bez wyraźnej granicy ruchy stają się coraz to powolniejsze i choroba powoli przechodzi w okres trzeci, śpiączki, nie tak wyraźnej jak w pierwszym zespole (nawiasem mówiąc, i tam były różne głębokości snu), ale w każdym razie zupełnie klinicznie pewną senność.

W okresie śpiączki chorzy ci dużo jeszcze mówią przez sen i szczególnie w pierwszych dniach śpiączki miewają jeszcze od czasu do czasu swoje dawne ruchy, które powoli zamierają, a chorzy śpią dalej spokojnym snem. Okres śpiączki trwa zdaje się krócej, niż w pierwszym zespole i zazwyczaj z końcem 1. tygodnia chorzy jeszcze senni, ale praktycznie uważający się za wyleczonych, opuszczali klinikę.

Podobnie jak w pierwszym zespole okres trzeci (śpiączki), tak tutaj znowu okres drugi (ruchów pląsawiczych) wybija się na pierwszy plan obrazu klinicznego i stąd nazwa: »encephalitis choreiformis«.

Jeżeli obecnie porównamy zespół pierwszy z drugim, to wpada tutaj w oczy pewne podobieństwo tych 2 stanów, gdyż okresy pierwsze (zwiastunów) są prawie identyczne, okres drugi



Ryc. 2.

(encephalitis lethargica) w drobnych pierwocinach zawiera implicite tesame cechy (ruchy mimowolne i mięśni brzucha, bezsenność, niepokój), które w drugim okresie »encephalitis choreiformis« dojdą do ogromnego nasilenia, wypełnią sobą ramy obrazu klinicznego i będą trwać czas dłuższy. Okres trzeci, — ten sam okres snu, tylko lżejszego i zdaje się krócej trwającego, jedynie pewną różnicę stanowi nie tak wyraźnie występujące porażenie nerwów mózgowych.

Bardzo pouczające jest, według mnie, spostrzeżenie Dr Beauraina, który chorej w 8. dniu silnych ruchów pląsawiczych wstrzyknął 0,02 morfiny z kofeiną, poczem ruchy znikły prawie całkowicie i wystąpił sen, trwający jeszcze przez 2 dni, aż do śmierci, która nastąpiła w 3. dniu śpiączki wśród objawów porażenia ośrodka oddechowego. Wspólną cechą dla obu tych stanów jest częsta maska (nieruchomość) twarzy i posągowatość całej postaci, występująca pod koniec II i III okresu obu zespołów. (ryc. 2). Prócz tych przypadków klasycznych z licznymi wyżej opisanymi objawami bywają, zdaje się, przypadki bardzo lekkie, jakby formy poronne, które jednak, zdaje się, do tej grupy należą. I tak w klinice prof. Rosnera widziałem ciężarną w VII m. k., która skarżyła się jedynie na mimowolne ruchy po lewej stronie brzucha. Przy obserwacyi okazało się, że ruchy te są bardzo podobne do ruchów, opisanych przy »encephalitis choreiformis«. Ruchy te trwały jako jedyny objaw 3 tygodnie. Badana czuła się ogólnie bardzo dobrze i nie uważała się wcale za chorą. Badanie neurologiczne wykazało źrenice nadmiernie wązkie i mało oddziałujące na światło. Ruchy po lewej stronie brzucha występowały samorzutnie i można je było zawsze wywołać przez lekkie uderzenie w powłoki brzuszne. W czasie uśpienia chloroformowego źrenice stale pozostały wązkie, ruchy samorzutne albo całkowicie ustąpiły, albo przynajmniej znacznie się zmniejszyły i nie mogliśmy ich sztucznie wywołać. Z chwilą przerwania narkozy ruchy wróciły bez zmian, tak jak przed narkozą. Dalszego przebiegu nie znam.

Na tem kończymy analizę objawów klinicznych i przechodzimy do części ostatniej, do wniosków i uogólnień. Stoimy na stanowisku odrębności tych zespołów od objawów ze strony układu nerwowego w przebiegu grypy, uważamy jednak za konieczne w tym kierunku dalsze badania bakteryologiczne. Przyznajemy na razie tym zespołom miejsce odrębne, gdyż badania narządów wewnętrznych zmian grypowych nie wykazały. Również i autopsya w czterech przypadkach (Prof. Ciechanowski) zmian charakterystycznych dla grypy nie wykazała.

Obydwa zespoły chorobowe, o których była mowa, a więc »encephalitis lethargica« i »choreiformis« z punktu widzenia klinicznego są tylko podgrupami wielkiej znowu jednostki chorobowej, o bardzo różnorodnej etyologii (encephalitis non purulenta), i to nam tłomaczy obfitość spostrzeganych objawów, gdyż nie można pomyśleć objawu, któryby w przebiegu tego cierpienia nie mógł wystąpić, bo tu decyduje jedynie siedziba oraz natężenie sprawy chorobowej. A więc możemy mieć do czynienia z objawami pochodzącymi od wzmożenia ciśnienia wśródczaszkowego, oponowymi i niezliczonem mnóstwem możliwych objawów ogniskowych (porażenie nerwów mózgowych, lekkie drżenie oczu, chód móżdżkowy, najrozmaitsze ruchy mimowolne i napady padaczkowe, ruchy pląsawicze i t. d.). Spotykamy się też z objawami, które świadczą już nietylko o zaatakowaniu mózgu, ale i rdzenia (encephalomyelitis disseminata), o czem świadczą zaburzenia ze strony pęcherza, odbytu, oraz według wszelkiego prawdopodobieństwa zniesienie lub bardzo znaczne osłabienie odruchów kolanowych.

Podobnie, jak zespół objawów opisany dla »encephalitis lethargica« mieści się całkowicie w obrazie »encephalitis non purulenta«, — tak też i zespół objawów ujęty pod nazwą »encephalitis choreiformis« nie przekracza granic »encephalitis non purulenta«, szczególnie jeżeli uwzględnimy badania André Thomasa, który upatruje podłoża anatomo-patologicznego dla pląsawicy w zmianach o charakterze encefalitycznym lub meningoencefalitycznym.

Dawniej dostrzeżone postacie »encephalitis non purulenta« uwidoczniają się i w czasie obecnej epidemii, bo możemy wyróżnić obraz ostrego zapalenia mózgu (»akute Grosshirn-Encephalitis« niemieckich badaczy), obraz »polioencephalitis superior« z porażeniami w zakresie mięśni gałek ocznych i wreszcie »polioencephalitis inferior« (opuszkowo-mostowa postać).

Kliniczne wyodrębnienie tych zespołów ma wartość nietylko teoretyczną, ale i praktyczną, bo, jak już z góry możemy wnosić, sprawa chorobowa, tocząca się w obrębie rdzenia przedłużonego, zajmując tak ważne dla życia ośrodki, będzie mieć oczywiście przebieg najgroźniejszy.

W dwóch naszych przypadkach, które skończyły się śmiertelnie przez porażenie ośrodka oddechowego, od pierwszych dni choroby spostrzegaliśmy tachykardyę i zaburzenia oddechowe, które musieliśmy odnieść do nerwu błędnego.

Ta postać jest przez swoje usadowienie co do rokowania najgorsza, jednak i zapalenie mózgu pierwszego typu, jeżeli przebiega z wzrastającem podnieceniem i głębokiem zamroczeniem świadomości, świadczy, zdaje się, o bardzo rozległem i znacznem nasileniu sprawy chorobowej i daje też niepomyślne rokowanie. W klinice widzieliśmy 2 tego rodzaju przypadki o przebiegu śmiertelnym. Podobnie zniesienie lub znaczne osłabienie odruchów kolanowych uważamy za zły znak.

Z 4 zejść śmiertelnych, które spostrzegaliśmy w klinice, 3 dotyczyły osób poniżej lat 17, i to, zdaje się, potwierdza spostrzeżenia Strümplla, wysnute na tle badań anatomicznych, że zapalenie mózgu (»encephalitis«) u dzieci ze względu na szybsze szerzenie się sprawy i skłonność do zlewania się ognisk, klinicznie przebiega dużo groźniej, niż u osób dorosłych.

Na podstawie dotychczasowych obserwacyi możemy oba zespoły chorobowe »encephalitis choreiformis« i »lethargica« ująć i włączyć do rozległego obrazu »encephalitis non purulenta«, ale to nie uwalnia nas od dalszych badań, gdyż, jak już wspomniałem, intoksykacya i autointoksykacya, zaburzenia w krążeniu i nieomal wszystkie znane nam zakażenia mogą wchodzić w grę, jako czynnik etyologiczny »encephalitis non purulenta«.

Dalsze badania bakteryologiczne i anatomopatologiczne mogą nam wyjaśnić, czy mamy tu intoksykacyę lub autointoksykacyę, czy też swoiste zakażenie, jak twierdzi Wiesner, czy też, jak utrzymują inni, powikłania ze strony układu nerwowego w przebiegu grypy, jak to już dawniej było podnoszone przez Leichtensterna i Strümplla, a stwierdzone dowodami bakteryologicznymi przez Pfuhla i Nauwercka i innych. Trouillet ustalił 3 formy dla spraw mózgowych w przebiegu grypy: postać łagodną: bóle głowy, zamroczenia, podniecenie; porażenie, postać więcej złośliwą z objawami oponowymi, skurczami i wreszcie

trzecią postać najgroźniejszą: sztywność karku, drgawki i porażenia, kończące się śmiercią, przeważnie z powodu porażenia ośrodka oddechowego. Jak widzimy, objawy, opisane przez Trouilleta, mają wiele podobieństwa ze spotykanymi obecnie. Co do etyologii sprawy chorobowej, to musimy na razie skończyć nasze rozważania pytajnikiem.

Na zakończenie podnieść muszę, że w klinice u dwóch chorych w okresie prawie już całkowitego wyleczenia zauważyliśmy raptowne nagłe pogorszenia i wystąpienie nowych objawów: w jednym przypadku oponowych, w drugim wyraźniejsze porażenie w zakresie porażonych nerwów mózgowych, do których dołączyły się silne zawroty głowy.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego tych zespołów, to jest ono równocześnie i bardzo łatwe i bardzo trudne: łatwe, bo epidemiczne występowanie ułatwia rozpoznanie, a trudne równocześnie, gdyż musimy wykluczyć długi szereg cierpień (kiła, padaczka, zapalenie opon mózgowych, w pierwszym rzędzie gruźlicze, zaburzenia ze strony krążenia, ostro przebiegającą postać stwardnienia rozsianego, a nawet porażenia myasteniczne).

Nie znając przyczyny sprawy chorobowej, w leczeniu ograniczamy się do leczenia objawowego, a zarówno leczenie dotychczasowemi surowicami, z braku swoistej, jak jodem, rtęcią, przetworami srebra i zabiegami wodnymi uważamy za próby, wymagające dalszego badania.

Nic nie wiemy jeszcze o drogach, któremi szerzy się epidemia, ale przypadki jej są już rozsiane po całej Polsce, a widzieliśmy ją i u żołnierzy wschodniego frontu. Nie spotykaliśmy do tej pory kilku chorych w jednej rodzinie.

Spostrzeżenia naszej kliniki, na małym stosunkowo oparte materyale (około 30 chorych), mają za cel nie przedstawienie wykończonego w szczegółach obrazu klinicznego, ale pragniemy jedynie tym dorywczym schematem i klinicznem ugrupowaniem objawów ułatwić metody badania, trudne ze względu na zmienność i wielopostaciowość objawów, które w różnych okresach choroby imitują zespoły zupełnie odrębnych jednostek chorobowych.

O dławcu w przebiegu grypy.

podała **Dr J. Korsakówna**,

asystentka intern. oddziału Dr W. Szenajcha szpitala im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie.

(Odczyt w Towarzystwie pedyatrycznem d. 10. III. 1920).

Jednem ze złośliwszych powikłań w przebiegu grypy w epidemii z r. 1918/19 i 1919/20 w Warszawie było zajęcie krtani i tchawicy, będące powodem tak znacznego ich zwężenia, że aż zachodziła bezwzględna konieczność intubacyi.

Doświadczenia polskich i obcych lekarzy jednogłośnie stwierdzają, że charakterystyczną cechą ostatnich epidemii grypy jest zajęcie nawet w najlżejszych przypadkach górnych dróg oddechowych przez sprawę chorobową, w lżejszych — zmiany nieżytowe, w ciężkich zaś niejednokrotnie duże zmiany; obrzęk krtani, wysięk włóknikowy, błony, nawet martwica głębszych tkanek.

Obraz kliniczny tej ostatniej postaci jest łudząco zbliżony do dławca, wywołanego przez prątki Löfflera, obraz anatomiczny również jest bardzo podobny. Postać ta występuje częściej w wieku dziecięcym (prawdopodobnie z powodów anatomicznych, wązkości światła krtani u dziecka). O podobnych spostrzeżeniach wspomina piśmiennictwo polskie i niemieckie z ostatnich lat.

Ciechanowski (Przegl. lek. 1918 Nr 42) w 2 sekcyjnych przypadkach spostrzegał cienkie błonki w krtani i tchawicy, oddzielające się z trudem. Ciechanowski twierdzi, że dawniej mało znana ta postać grypy jest właściwością ostatniej epidemii 1918 r. Polega ona na zapaleniu tchawicy i oskrzeli, wysięku włóknikowym na powierzchni błony śluzowej i równoczesnej martwicy sięgającej głębiej, zajmującej nawet błonę podśluzową. Zmiany te widziano przy równoczesnych ciężkich zmianach w drobnych oskrzelach i płucach. Nowicki (Przegl. lek. 1918 Nr 47, 48) podnosi jako uderzająco częsty objaw ostre zapalenie górnych dróg oddechowych z częstym obrzękiem wejścia do krtani, rzadziej jej owrzodzenia. Raz (na 19 przypadków) spostrzegał zmiany włóknikowe nagłośni i przedsionka przy braku prątków Löfflera. — Rencki (Przegl. lek. 1919 Nr 4) opisuje 2 przypadki z objawami zwężenia krtani, podobne do wrzekomego dławca, głośny, świszczący wdech, niepokój, duszność; rozważał nawet możliwość tracheotomii, bez której jednak jeden chory wyzdrowiał, drugi zmarł. — Krokiewicz (Przegl. lek. 1919 Nr 28) podkreśla ostre zmiany górnych dróg oddechowych, w 18 śmiertelnych przypadkach spostrzegał u 7 ostry nieżyt krtani, raz ostry nieżyt tchawicy, raz rzekomy dławiec (oedema aditus ad laryng. laryngotracheobronchitis diphteroides). — Hornowski (Gazeta lek. 1920 Nr 7—8) wspomina, nie podając liczb, że spotykał wśród materyału sekcyjnego przy grypie krupowe lub dyfterytyczne zapalenie gardła i krtani. — Rzętkowski (Gazeta lek. 1920 Nr 7—8) mówi o 2 cięższych przypadkach zajęcia tchawicy, głośni i krtani, w których dochodziło do »laryngismus« i powstawała konieczność tracheotomii, aby uratować chorych od uduszenia. Takie 2 przypadki widział u 2 młodych doskonale odżywionych mężczyzn. Berblinger i Oberndorffer (Münch. m. Woch. Nr 36, 52, 1918) piszą o przypadkach, gdzie stwierdzono wyraźne rzekomo błonicze błony przy grypie; bakter. Di (—); zawsze towarzyszy im obecność śmietankowato ropnej wydzieliny. — Steffner (M. m. Woch. 1918 Nr 32) uważa obecność tej wydzieliny za objaw decydujący dla grypy przy rozpoznaniu różniczkowem dławca swoistego i grypowego. Opisuje on 3 przypadki, bardzo klinicznie do dławca swoistego zbliżone, przebiegające z sinicą, dusznością, głośnym stenotycznym oddechem, wciąganiem przestrzeni podżebrowych i nadobojczykowych; we wszystkich 3 chorzy wykrztuszali przy kaszlu gęstą, lepką, śmietankowatą wydzielinę. W 2 przypadkach zastosowano tracheotomię — bezskutecznie. Pośmiertnie w obu stwierdzono w tchawicy, oskrzelach i krtani błony, badanie bakteryol. Di (—), Pfeiffer (—), gronkowce (+). Steffner ostro występuje przeciw tracheotomii, według niego niecelowej, gdyż drogi oddechowe aż do najdrobniejszych oskrzelików zatkane są tą wydzieliną ropną.

Podczas epidemii grypy w Warszawie w latach 1918/19 i 1920 również spostrzegaliśmy w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci występujące w każdym prawie przypadku zajęcie górnych dróg oddechowych.

Ciężkich przypadków dławca grypowego mieliśmy 8, przy których duszność zwalczać musieliśmy zapomocą intubacyi. Na 8 intubowanych chorych (w wieku lat 2, 4, 5, 8, 10, 12, 12, 15) 7 zmarło. Dzieci te prawie wszystkie umieszczono na oddziale krupowym w oddzielnym pokoiku; wszystkim wstrzykiwano duże dawki surowicy przeciwbłoniczej.

Rozpoznanie różniczkowe, zresztą bardzo trudne, opieraliśmy na pewnej różnicy objawów klinicznych, zachowaniu się i wejrzeniu dziecka, oraz przebiegu choroby.

Przy dławcu swoistym duszność występuje stopniowo się wzmagając w przeciągu kilku dni, zwłaszcza u dzieci starszych. Oddech świszczący, wdech długi, wciąganie znaczne dołków podżebrowych i nadobojczykowych. Charakterystyczna bladosinawa twarz, blade sine wargi, niepokój naprzemian z sennością i bezwładem, dziecko »przelewa się« przez ręce. Oczy o matowym wyrazie, ciepłota najczęściej nie przewyższa 38⁰. Przytomność zupełna, kaszel szczekający, przeważnie suchy, głos zupełnie cichy (aphonia). Bardzo często obecność dyfterytycznych nalotów w gardle, bakteryologicznie obecność prątków Löfflera.

Przy dławcu grypowym odwrotnie uderzało przedewszystkiem gwałtowne występowanie objawów duszności, wciąganie i wdech świszczący podobnie jak w krupie, oddech jednak przyspieszony. Wybitna sinica nosa i kończyn obok uderzająco ciemnowiśniowych sinawych wypieków i warg, oraz typowe przekrwienie spojówek, śluzówek nosa i gardła, oczy bardzo błyszczące. Nieustanny niepokój, często bredzenie, nieprzytomność, ciepłota do 40⁰ i powyżej. Głos wprawdzie ochrypły, lecz nie całkiem pozbawiony dźwięku, kaszel szczekający również, lecz częsty, męczący, połączony z obfitem wykrztuszaniem lepkiej, gęstej śluzoworopnej wydzieliny. Skargi na ból gardła przy dławcu grypowym występują również prawie zawsze na początku choroby. Cała jama ustna i gardło zawsze są silnie przekrwione, migdałki często obrzmiałe, przy zupełnym braku nalotów. Równoczesne zmiany zapalne w płucach kierowały również rozpoznanie raczej w kierunku grypy. Wskutek jednak zatkania oskrzeli przez wydzielinę nie zawsze objawy osłuchowe ze strony płuc odpowiadały obrazowi chorobowemu prawdziwemu. Z wywiadów zawsze prawie dowiadywaliśmy się o równoczesnem zapadnięciu na grypę innych członków rodziny. Badanie bakteryologiczne wydzieliny z krtani, błon, szczególniej z rurki intubacyjnej, rozstrzygało ostatecznie rozpoznanie. Przebieg samej choroby był raczej gwałtowny; w 4 przypadkach zejście śmiertelne 1—4. dnia pobytu w szpitalu.

Anatomicznie stwierdzono obok typowych zmian grypowych w 5 przypadkach przejrzyste cienkie błony w krtani i tchawicy, przyczem w 2 głębokie owrzodzenia krtani. U wszystkich 7 zmarłych wynik badania bakteryologicznego za życia i pośmiertnie z błon w krtani co do prątków Löfflera był ujemny.

Co do kliniki, to przypadki te dzielimy na takie, I) w których przeważały zmiany włóknikowe górnych dróg oddechowych, oraz zapalne drobnych oskrzeli i oskrzelików, — wszystkie kończyły się zejściem śmiertelnem; II) takie, w których przeważa obrzęk krtani, — intubacya daje wynik pomyślny. W I. grupie stosowana intubacya przynosiła w najlepszym przypadku chwilową ulgę, jużto zmniejszając objawy zwężenia krtani, jużto dając podnietę do wykrztuszania większej ilości wydzieliny. Wo-

bec jednak ciągłego zatykania dróg oddechowych śluzoworopną wydzieliną nie dawała ostatecznie pożądanego wyniku.

1. Halinka G., l. 12. Obserwowana we wrześniu 1918 r. w zupełnie początkowym okresie epidemii grypy, mało wówczas znanej. 7. IX. ból głowy, 8. IX. szybko wzmagająca się duszność, ciepłota 40°, sinica warg i kończyn, wiśniowe wypieki, oczy błyszczące, nieżyt błon śluzowych, oddech częsty świszczący, wciągania głównie dołków nadobojczykowych, obfite wykrztuszanie śmietankowatej ropnośluzowej wydzieliny i błon, niepokój. Badania bakter. Di (—), streptokoki obfite. Kilkakrotna intubacya nie przyniosła ulgi. Przy wzmagających się objawach ogólnego zakażenia i niedomogi serca na 4. dzień choroby śmierć. (Stosowano bezskutecznie środki sercowe i podniecające, jak kamfora, digitalis, eter, adrenalina, sól fizyol. pod skórę i t. d.). Badanie pośmiertne bakter. krwi — obecność długich paciorkowców. Anat. patol. obok zwyrodnienia miąższowego narządów wewnętrznych obecność cienkich włóknikowych błon w krtani i tchawicy, schodzących do oskrzeli, silne przekrwienie ich ścian, wypełnienie dróg oddechowych gęstą, śluzoworopną żółtawą wydzieliną. Makroskopowo ognisk zapalnych w płucach nie było. — 2. Hinda M., l. 2, przybyła w 2. dniu choroby. Objawy kliniczne. jak w poprzednim przypadku, prócz tego drgawki (z wywiadów — już w pierwszym dniu choroby nagłe wystąpienie duszności, wysokiej ciepłoty, kaszlu szczekającego). Intubacya bezskuteczna. Po 4 godzinach śmierć. Badanie pośmiertne: włóknikowe błony w krtani i tchawicy, ropna wydzielina i przekrwienie schodzące aż do oskrzelików, ponadto status thymico-lymphaticus. Bakter. Di (—).

W następnych, klinicznie podobnych przypadkach występują obok uprzednio wymienionych zmian anatomicznych, jako powikłanie zmiany ogniskowe zapalne w płucach.

3. Hinda L., l. 5, przybyła w 4. dniu choroby z ciepłotą 41°, drgawkami, intubowana bez najmniejszego skutku, zmarła po kilku godzinach. — 4. Hela K., l. 10 (1. I. 1920 r.) przybyła na oddział w 7. dniu choroby w stanie bardzo ciężkim. (W domu cała rodzina chora na grypę). Intubacya bezskuteczna. Śmierć po kilkugodzinnym pobycie w szpitalu. Badanie pośmiertne obok zwykłych zmian grypowych i błon w krtani i tchawicy stwierdza owrzodzenia krtani. Bakter. Di (—), Diplostreptococcus (+). Ogniska zapalne w płucach. — 5. Leon Ch., l. 8, przybył w 5. dniu choroby ze skargami na ból gardła, chrypkę, duszność, ciepłota 39·8°. Objawy te na razie nie groźne, stopniowo po 2 dniach stały się alarmujące; sinica, niepokój, równocześnie ognisko w lewem płucu. Intubacya przyniosła dużą ulgę na 24 godziny, poczem wystąpiła duszność pomimo rurki. Intubowany, ekstubowany, znowu intubowany bezskutecznie, zmarł w 4. dniu pobytu w szpitalu, a 9. choroby. Badanie pośmiertne. obok typowych zmian grypowych, włóknikowe naloty w krtani i tchawicy i owrzodzenia głębsze, prócz tego ogniska zapalne w obu płucach, brodawkowate zmiany zapalne wsierdzia. Bakter. posiewy co do prątków Löfflera — wynik ujemny. — 6. Złata J., l. 4 i 3 mies. Kliniczne objawy grypy o przebiegu powolnym. Przybyła 7. dnia choroby. Wahania ciepłoty od 37—40°, obok duszności wdechowej i wydechowej. Badanie fizyczne wykazuje obecność gruczołów przyoskrzelowych, potwierdzoną radioskopią. Duszność wzmagającą się w ciągu 4 dni usuwa rurka intubacyjna. Po 2 dniach chora ekstubowana, bez rurki duszność, intubowana ponownie. W 9. dniu pobytu ekstubowana ostatecznie. Objawy zwężenia krtani ustąpiły całkowicie. W lewem płucu stwierdzono jednak ognisko zapalne. Śmierć po 10-dniowym pobycie. Badanie pośmiertne wykazuje zmiany typowe dla grypy. W krtani i tchawicy błon i nalotów nie było. Gruźlicze zmiany gruczołów przyoskrzelowych i płuc. Bakteryol. Di (—). — 7. Anna K., lat 15. Przybyła po 10 dniach choroby w stanie ciężkim, 8. I. 1920, z silnem wciąganiem. Z całego obrazu raczej przypuszczać można było dławiec swoisty, sinica i bladość twarzy, osłabienie znaczne. Po intubacyi duszność znacznie większa, ekstubowana natychmiast, poczem wykrztusza ogromną ilość lepkiej gęstej śluzowatej wydzieliny, zatykającej również za każdym razem rurkę intubacyjną. Stan po każdorazowej intubacyi i wykrztuszaniu znacznie się poprawia, duszność zmniejsza się. 10. I. intubowana i ekstubowana ponownie wykrztusiła dużą błonę. Di (—). Od 11. I. wciągać przestaje. Mimo to stan coraz cięższy. C. 40°. Tony serca głuche, akcya nierówna. Ognisko zapalne w płucu prawem. 17. II. po 16-dniowym pobycie zmarła. Anatomo-patologiczne zmiany typowe dla grypy oraz duże ognisko zapalne w prawem płucu. W krtani szczątki błon. Di (—).

Energiczne stosowanie wszelkich środków sercowych, podniecających i przeciwseptycznych, jak argokol, kamfora, eter, sól fizyol., specyalnych jak inhalacya, we wszystkich powyższych przypadkach zawodziło.

Jako przeciwstawienie do grupy powyżej przytoczonych służyć może jeden z ostatnich przypadków, zamykających okres epidemii grypy z r. 1918/19.

Stefan P., l. 12, przybył w 10. dniu choroby w ciężkim stanie na oddział chirurgiczny dla dokonania zabiegu z powodu ropnego wysięku pogrypowego. Operowany natychmiast. Po 2 dniach uskarżać się zaczął na ból gardła; lekkie zaczerwienienie, Di (—). Gwałtownie wzmagająca się duszność, kaszel suchy, nieprzytomność, C. 39°, wiśniowe wypieki, oczy błyszczące, osłabienie serca i tętna. Intubowany — już bez wiary w skuteczność zabiegu. Rurka całkowicie objawów duszności nie usunęła, zmniejszyła je jednak tak dalece, że chory się uspokoił i mógł zasnąć. Tętno się poprawiło. Równocześnie stosowano środki sercowe i podniecające. Po 2 dniach tubus usunięto. Ponowna intubacya po kilku godzinach z powodu powracającej większej duszności i osłabienia serca. Po niespełna dobie chory rurkę przy kaszlu wykrztusił. Jakiś czas trwające objawy duszności zwolna ustępowały. Opuścił szpital po 2-miesięcznym pobycie zdrów. Badanie 2-krotne bakter. Di (—). (Surowicę wstrzykiwano).

Zbliżone do powyższych objawy zwężenia krtani spostrzegaliśmy również u osoby dorosłej, lekarki szpitala, chorej w tym czasie na grypę. (Ogromna duszność wdechowa, oddech gwiżdżący [uspakajające się po morfinie]. Badanie laryngoskopowe wykazało obrzęk podgłośniowy. Zachodziła obawa tracheotomii lub intubacyi. Po zastosowaniu jednak inhalacyi i środków narkotycznych (morfina, calc. brom.) duszność ustąpiła sama z siebie. Po tygodniu wyleczenie).

Nasuwa się na zakończenie zapytanie: czy warto przy dławcu grypowym stosować intubacyę, skoro ona tak często zawodzi. Gdyby to się tyczyło tracheotomii, bezwzględnie odpowiedziałabym przecząco. Krwawy zabieg ten wymaga dłuższych przygotowań, względnie narkozy i dla tak bardzo już wyczerpanego chorego mógłby być zbyt ryzykowny. Intubacya przeciwnie, jako zabieg szybki, u ciężko chorych dający się stosować w pozycyi leżącej, nie wyczerpuje tak dalece. Widzieliśmy z powyżej przytoczonych przypadków, że nawet w beznadziejnych w 5 przyniosła na pewien czas ulgę, w 6. usunęła całkowicie objawy zwężenia, w 7. przyczyniła się również do poprawy stanu, a chorzy ci zmarli ostatecznie nie z powodu duszności, wywołanej zwężeniem światła krtani, lecz z powodu powikłań ze strony płuc; w 8. zaś przypadku intubacya stosowana już po wyczerpaniu wszystkich innych środków leczniczych, z małą wiarą, prawie już jako akt rozpaczy, po tylu bezskutecznych próbach, uwieńczona została pomyślnym wynikiem.

Odpowiemy więc: próbować intubacyi w każdym ciężkim przypadku dławca grypowego można i należy.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

L. Lortat-Jacob i G. L. Haller: **Zespół porażny prawego nerwu współczulnego wskutek tętniaka wielkich naczyń na podstawie szyi.** (Bull. et Mém. de la Soc. med. hôp. 1919, Nr 5—6). Chora 28-letnia doznaje od szeregu lat bolów w karku i w okolicy nadgrzebieniowej łopatkowej prawej, potęgujących się przy zmianach ciepłoty. Badanie wykazało: zwężenie prawej szpary powiekowej, nieznaczne powiększenie tarczycy, krążenie oboczne na prawem ramieniu i prawej połowie klatki piersiowej. Prawie stała suchość i sinica prawej kończyny górnej, która jest często obrzmiałą. Zapadnięcie prawej gałki ocznej, lekkie opadnięcie powieki i zwężenie źrenicy na prawem oku (zespół Klaudyusza Bernarda-Hornera). Po ucisku wywartym na gałki oczne tętno wolnieje. Badanie czucia wykazuje hypestezyę przyśrodkowej powierzchni ramienia i przedramienia prawego, odpowiadającą nerwowi 8. szyjnemu i 1. grzbietowemu. Nieznaczne wzniesienie w dołku nadobojczykowym prawym po stronie wewnętrznej, oraz w dołku nadmostkowym, tętniące współcześnie z tętnem, bardzo nieznaczne opóźnianie się tętna w prawej tętnicy sprychowej w porównaniu z lewą, wykazalne oscillometrem Pachona. Badanie radyologiczne wykazuje kolisty cień bezpośrednio przy mostku po prawej stronie i tuż pod obojczykiem, a po części sięgający ponad obojczyk; cień ten odpowiada tętniakowi u ujścia tętnicy szyjnej i podobojczykowej do tętnicy bezimiennej, przyczem głównie zajęty jest początek tętnicy podobojczykowej. Dr M. Blassberg (Kraków).

F. Ramond: **Zespół objawowy bezkwasu żołądkowego.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris 1919, Nr 5—6). Należy ściśle odróżniać bezkwas żołądkowy (anachlorhydria), przy którym znika czynny kwas solny z żołądka, od apepsyi, przy której brakuje zarówno kwasu jak i pepsyny. Bezkwas zdarza się stosunkowo często (na 340 chorych znalazł go R. u 11%), a apepsya tylko wyjątkowo (u 0·5%). Przyczyny bezkwasu mogą być rozmaite, jak zakażenia oraz takie stany chorobowe, jak rak i niedokrwistość złośliwa. Najczęstsze objawy bezkwasu są następujące: 1) Złe znoszenie mięsa i wzmaganie się po mięsie dolegliwości, jak również nietolerancya wobec świeżego chleba, suchych jarzyn, wina, likierów i kawy. 2) Łatwe męczenie się, zwłaszcza bezpośrednio po jedzeniu. 3) Gorzki smak w ustach zrana. 4) Bezpośrednio po jedzeniu gniecenie i nudności, a niekiedy i wymioty. 5) W obrazie rentgenologicznym żołądek jest toniczny lub hypertoniczny przy względnie szybkiem opróżnianiu treści. 6) Po śniadaniu próbnem

Ewalda brak kwasu solnego w treści żołądkowej przy ogólnej kwasności wahającej się od 0·15 do 0·8. Peptony prawie zawsze wykazalne. 7) Treść wydobywana naczczo wolna od kwasu solnego, a kwaśność ogólna mniejsza niż po śniadaniu Ewalda. Bezkwas trwa zwykle długo i towarzyszą mu często objawy nerwowe i biegunki. Dr M. Blassberg (Kraków).

W. Goldschmidt: **Zespół objawów zapalenia okątniczego przy ropieniach krezkowych i zaotrzewnych.** (Wiener klin. Wochenschr. 1920, 1). Rozróżnienie przy łóżku chorego pomiędzy ostrem zapaleniem otrzewnej ogólnem lub miejscowem jest niekiedy niemożliwe, jeżeli sprawa chorobowa toczy się w prawem podbrzuszu. Nad obrazem klinicznym dominuje wówczas bez względu na etyologię zespół objawów otrzewnych i kieruje myśl lekarza w stronę schorzeń najczęstszych w tej okolicy. Autor przytacza 2 historye chorób. W pierwszym przypadku u robotnicy 27-letniej wywiady i obraz kliniczny kazały rozpoznać zapalenie wyrostka robaczkowego, a przy operacyi znaleziono ropień, który nie pozostawał w związku z wyrostkiem robaczkowym. Po operacyi przy pomocy promieni Röntgena stwierdzono dodatkowo zmiany gruźlicze górnej części kręgosłupa lędźwiowego i następowy ropień mięśnia lędźwiowo-udowego, który przebił do jamy brzusznej. W drugim przypadku, dotyczącym 7-letniej dziewczynki, rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego z przebiciem do jamy brzusznej, a operacya, wykonana w 40 godzin po rozpoczęciu choroby, wykazała wygojone nieczynne zapalenie wyrostka robaczkowego i silny obrzęk gruczołów chłonnych w całej krezce, przypominający mięsaki limfatyczne. Pomimo błędnego rozpoznania nie należy popełniać jeszcze i błędu w leczeniu, gdyż ostre zapalenie otrzewnej stanowi w każdym razie wskazanie do zabiegu operacyjnego bez względu na przyczyny, które je wywołały. Dr. M. Blassberg (Kraków).

S. Winawarter: **Pseudoileus.** (Wien. kl. Woch. 1919, 27). Autor opisuje dwa przypadki wrzekomej niedrożności jelit u młodych żołnierzy. W jednym przypadku objadł się chory znaczną ilością brukwi, w drugim zjadł kilogram jabłek. W obydwu przypadkach pojawiło się silne bolesne wzdęcie brzucha, brak wszelkiego ruchu robaczkowego, brak stolców i wiatrów, a ostatecznie zapad. W pierwszym przypadku wykonano laparotomię, przyczem obok wzdęcia jelit nie wykazano żadnej przyczyny niedrożności, jak tylko brak ruchu robaczkowego i liczne w jelitach rozprószone glisty. Chory podczas narkozy umarł. Drugi przypadek nie był operowany, lecz leczony lawatywami wysokiemi, które wyprowadziły z jelit liczne glisty, a chory wyzdrowiał. Autor przypuszcza, że glisty pod wpływem pewnych pokarmów, a w jego przypadkach przy nadmiarze żywności roślinnej wywołują niedrożność poraźną (ileus paralyticus). J.

Schittenhelm i Schlecht: **Polyarthritis enterica.** (Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. 126, s. 329). Na podstawie obserwacyi klinicznej 42 przypadków wyodrębnili Sch. i Sch. osobny rodzaj gośćca stawowego. Najważniejsze cechy różniczkowo-rozpoznawcze są: mała skłonność do nagabywania narządów wewnętrznych, zwłaszcza serca, zupełna oporność wobec salicylu. Bardzo charakterystyczne i częste są powikłania pod postacią zapalenia spojówki i cewki moczowej. Do nierzadkich powikłań należą polyserositis, tendo-vaginitis, periostitis i t. d. W przeważającej liczbie przypadków stwierdzili autorowie drogą obserwacyi lub wywiadów zaburzenia jelitowe już to przyrody czerwonkowej, już to inne o charakterze zapalnym i przypuszczają, że jelita są wrotami zakażenia. Stąd nazwa choroby, którą zatrzymują nawet w tych przypadkach, gdzie zmian jelitowych nie udało się wykazać. Okres między zaburzeniami jelitowemi, a początkiem zmian gośćcowych może być najrozmaitszy, od 1 dnia do paru miesięcy. Schorzenia w stawach są najczęściej wielokrotne, często długotrwałe, ale nie mają skłonnośei do ropienia, jak wogóle wysięki przy »polyarthritis enterica«, z wyjątkiem zapalenia cewki moczowej i zapalenia spojówek, które są najczęściej ropne. Gorączka często nie tak wysoka, jak przy gośćcu swoistym. Leczenie: objawowe. Dr M. Oszacki.

F. Deutsch: **Śródżylne stosowanie urotropiny w ostrym gośćcu stawowym.** (W. klin. Woch. 1919, Nr 45). Na podstawie pracownianych swych spostrzeżeń, że rozczyny urotropiny hamują rozwój paciorkowców i gronkowców w pożywkach, stosował D. także z dobrym wynikiem w 61 przypadkach wlewania śródżylne rozczynu wodnego urotropiny w następujący sposób: Chory otrzymuje codziennie 20 cm³ 30-procentowego rozczynu urotropiny dożylnie, aż do zniknięcia objawów klinicznych gośćca, w którym to celu potrzeba użyć 6—15 wlewań, a średnio 7. Przypadki, jak autor podaje, były ciężkie, a w kilku z nich podczas wlewań urotropiny pojawił się mocz krwawy, który po kilku dniach ustąpił. J.

Hansemann: **Ostra białaczka.** (M. Klin. Nr 1. 1919). Białaczkę uważa dzisiaj większość autorów za chorobę zakaźną, co potwierdza zwłaszcza jej ostry przebieg, który niekiedy w znacznym stopniu utrudnia jej odróżnienie od ostrych spraw zakaźnych. Na uzasadnienie zakaźnego podłoża białaczki przytacza H. następujący przypadek: 46-letni mężczyzna zachorował nagle wśród gorączki, bolów gardła i okolicy krzyżowej, a nadto obrzęku prawej goleni. W najbliższych dniach wystąpił nalot na prawym migdałku, a badanie mikroskopowe wykazało drobnoustroje Plaut - Vincenta. Nazajutrz podobny nalot pokazał się i na lewym migdałku, natomiast obrzęk goleni ustąpił. Przez cały ten czas ciepłota dochodziła 39·2—40·9° C. i miała cechę gorączki ciągłej z częstymi napadami silnych potów; często przedsiębrane badanie krwi wykazywało 3,000.000 krwinek czerwonych w 1 mm³ i średnio 50.000—55.000 krwinek białych, w których olbrzymią większość stanowiły limfocyty, natomiast inne postacie były nader nieliczne. Po dwu tygodniach choroby nastąpiło zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne wykazały: w dolnych płatach obu płuc początek sprawy zapalnej, podniebienie i łuki podniebienia silnie obrzękłe, migdałki uległe zgorzeli, ostry obrzęk śledziony; z gruczołów chłonnych jedynie tylko pachowe były nieznacznie powiększone; wątroba bardzo duża, miąższ jej miękki, przyćmiony, przewód pokarmowy i szpik kostny bez zmian. Jak widać z tego, tak obraz kliniczny, jak i makroskopowo-anatomiczny przemawiał za jakąś ostrą sprawą zakaźną o charakterze posocznicy (może bakteryologiczne badanie krwi, o którem autor nie wspomina, dałoby pewne wskazówki — przyp. ref.). Dopiero mikroskopowe badanie narządów wykryło właściwe tło cierpienia, t. zn. ostrą białaczkę limfatyczną. Dr T. Tempka.

E. Weil: **Odczyn Wassermanna przy przewlekłych powiększeniach śledziony.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hop. de Paris 1919, Nr 5—6). Dodatni odczyn Wassermanna napotyka się przy przewlekłych powiększeniach śledziony u 58% chorych. Pomimo tego odczyn Wassermanna nie jest wyrazem zakażenia kiłą nabytego, ani nawet wrodzonego. Leczenie przeciwkiłowe nie wpływa ani na zmniejszanie się śledziony, ani nie zmienia dodatniego odczynu na ujemny i wpływa pogarszająco na stan ogólny chorego. Weil nie uważa odczynu Wassermanna za swoisty w ścisłem znaczeniu tego wyrazu i zdaniem jego nie należy, polegając na odczynie, zaliczać przewlekłego powiększenia śledziony do schorzeń kiłowych. Co do dodatniego odczynu Wassermanna, to o ile on nie świadczy o zakażeniu kiłowem, nie zależy również od samego powiększenia śledziony, lecz pochodzi prawdopodobnie od jakiegoś zakażenia, którego źródła obecnie nie znamy. Dr M. Blassberg (Kraków).

H. Dufour i Le Hello: **Dwa przypadki wyleczenia puchliny brzusznej, spowodowanej marskością na tle alkoholizmu.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. 1919, Nr 5—6). Wyleczenie nastąpiło wskutek wypuszczenia płynu puchlinowego i podawania środków moczopędnych. U jednego chorego 51-letniego wykonano w przeciągu 4 miesięcy 10 nakłuć i wypuszczano za każdym razem około 16 litrów płynu. Jest on od 5 lat zupełnie wyleczony. Drugi przypadek dotyczył 50-letniej kobiety, również od przeszło pięciu lat zupełnie wyleczonej, a która pozostawała w leczeniu przez 18 miesięcy. Wykonano 25 nakłuć i wypuszczono za każdym razem 15—18 litrów płynu, co czyni razem około 400 litrów. Przypadki te dowodzą, że poza marskością na tle kiłowem, gruźliczem i zimniczem, zajmuje odrębne miejsce marskość na tle alkoholizmu, która sama, jako taka może być wyleczona.

Dr M. Blassberg (Kraków).

R. Pfeiffer: **O moczopędnem działaniu octanu potasowego.** (Wien. klin. Woch. 1919, Nr 16). Autor wypróbował klinicznie cały szereg środków moczopędnych w obrzękowych przypadkach zapalenia nerek i nefrozach. Z całego szeregu środków okazał się najskuteczniejszym, prawie już zapomniany octan potasowy (kali aceticum), w ilości 20—30 grm. dziennie według przepisu: Kali acetici 30, syr. simpl. 20, aq. dest. 150. S. Łyżkami przez dzień zużyć. Przez dwa tygodnie w tej dawce dziennej stosować. Pod wpływem tej soli potasowej ilość moczu po kilku dniach znacznie się zwiększała (nawet do 6 litrów dziennie), obrzęki twarzy i kończyn ustępowały, a nawet białko w moczu znikało. Autor uważa przeto octan potasowy za najlepszy środek przy przewlekłem zapaleniu nerek. J.

Rosenberg: **Hyperkreatyninemia w zapaleniu nerek i jej znaczenie w rokowaniu.** (Münch. m. W. 1916, 26). Oznaczenie kreatyniny we krwi jest, zdaniem R. ważnem uzupełnieniem oznaczania mocznika i indykanu. Dokładne ilościowe oznaczenie kreatyniny jest technicznie łatwiejsze i da się szybciej

wykonać od oznaczenia indykanu. R. oznaczał kreatyninę nieco zmodyfikowaną metodą Folina. Zatrzymywanie kreatyniny w ustroju przebiega wogóle równolegle do zatrzymywania mocznika i indykanu, jednakże w ostrej azotemii wzrasta naprzód ilość mocznika, potem kreatyniny, w końcu indykanu. W przewlekłej azotemii wywiera odpowiednia dyeta łatwiej wpływ na mocznik, niż na indykan i kreatyninę we krwi. Stosunkowo wysoka zawartość mocznika we krwi obok stosunkowo nizkiej zawartości kreatyniny pozwala w przypadkach przewlekłych rokować wogóle pomyślniej, niż stosunek odwrotny. Natomiast nie można na razie rozstrzygnąć, czy prognostycznie gorszą jest przeważająca hyperkreatyninemia, czy hyperindykanemia. r.

Weiss Eugeniusz: **Zachowanie się naczyń włosowatych skóry w ostrem zapaleniu nerek.** (Münch. m. W. 1916, 26). W. opracował metodę (Arch. f. klin. Med. 119, 1916), pozwalającą za życia bezpośrednio badać i zdejmować mikrofotograficznie powierzchowne naczynia włosowate skóry. Zapomocą tej metody stwierdził W., że w szeregu chorób występują w krążeniu w tych naczyniach zmiany. I tak: w cukrzycy ulegają końcowe części pętli rozszerzeniu przy niezmienionej szybkości prądu krwi; w sprawach zastojowych ulega znacznemu rozszerzeniu żylne ramię pętli włosowatych, a prąd krwi znacznie się zwalnia; w miażdżycy tętnic ulegają pętle włosowate wydłużeniu, w wyższych jej stopniach znacznemu pokręceniu, prąd krwi również się zwalnia. W marskości nerek ulegają naczynia znacznemu pokręceniu, w marskości pierwotnej rozszerzeniu, a w miażdżycowej — zwężeniu, prąd krwi bywa wybitnie zwolniony. Obecnie ogłasza W. wyniki badań w ostrem zapaleniu nerek; i tu także stwierdził W. znaczne pokręcenie i rozszerzenie naczyń obok zwolnienia prądu. r.

Pedyatrya.

Czerny: **O pokarmie maślano-mącznym dla słabych osesków.** (Jahrb. f. Kinderh. T. 87, Z. 1, 1918). Pożywienie, podane przez Cz., sporządza się z zaprażki rozcieńczonej wodą i z mleka krowiego. Na 100 gr. wody przypada 7 gr. masła, 7 gr. mąki i 5 gr. cukru. Odważoną ilość masła kuchennego solonego gotuje się na wolnym ogniu aż do spienienia i zniknięcia woni kwasów tłuszczowych (3—5 minut). Wówczas dodaje się równą ilość białej mąki pszennej i mieszając gotuje się dotąd, aż masa stanie się płynną i przyjmie barwę brunatną (4—5 minut). Teraz dodaje się w podanym wyżej stosunku gorącej wody i cukru, zagotowuje się krótko i cedzi. Mieszankę tę, jeszcze gorącą, wlewa się do przegotowanego i ostudzonego mleka. Pożywienie dla osesków, ważących znacznie poniżej 3 kg., sporządza się w stosunku: $^1/_3$ mleka w $^2/_3$ roczynu zaprażki, u silniejszych $^2/_5$ mleka z $^3/_5$ zaprażki. Ilość dobowa tego pożywienia powinna wynosić najwyżej 200 gr. na 1 kg. wagi, przeważnie wystarczają mniejsze dawki. Próby, przeprowadzone na 40 młodszych oseskach, wypadły korzystnie, szczególnie nie spostrzegano wzdęcia, stolce miały właściwości podobne, jak przy karmieniu naturalnem, wejrzenie dzieci było o wiele lepsze, niż przy innych rodzajach sztucznego karmienia, odkładanie tłuszczu zbliżało się do typu, cechującego karmienie naturalne, t. j. obfita podściółka tłuszczowa w dolnej połowie ciała. Doc. Dr Bujak.

Tobler W.: **Gnilec w wieku dziecięcym.** (Ztsch. f. Kinderh. T. 18, 1918). Spostrzeżenia autora opierają się na 200 chorych w wieku 2—15 lat z kliniki dziecięcej i ochron dla uchodźców w Wiedniu. Jako pierwszy objaw schorzenia występował zwykle obrzęk brzegu dziąseł, później przekrwienie w otoczeniu szyjki zębowej w postaci purpurowej obwódki, wreszcie wybroczyny na dziąsłach. Zmiany początkowe bardzo często zauważano w sąsiedztwie zębów wyrzynających się, albo próchniejących. W tym pierwszym okresie niema zwykle ani silniejszych dolegliwości, ani objawów ogólnych. Okres drugi gnilca cechuje się bólami w kończynach, które występują nagle i w ciągu paru dni znacznie się wzmagają, wywołując przykurczenia w stawach; najsilniej zajęte bywają kończyny dolne. Zdarzają się przypadki, w których pierwszym objawem schorzenia są bóle w kończynach, bez zmian w jamie ustnej, przeważnie jednak w okresie drugim obrzęk dziąseł znacznie się wzmaga, tak że może pokrywać częściowo korony zębowe, obok tego śluzówka oddziela się od zębów, odkrywając górną część korzenia. Nierzadko przenoszą się zmiany chorobowe na wewnętrzną powierzchnię policzków i warg w postaci przekrwienia, sinicy i owrzodzeń. Wybroczyny skórne częściej widuje się na kończynach dolnych niż górnych, niekiedy jedynym objawem zmian skórnych jest obrzęk torebek włosowych. Wybroczyny skórne są objawem rzadszym od wylewów krwawych podskórnych, najczęściej sadowiących się wzdłuż goleni. W cięższych przypadkach powstają krwotoki śródmięśniowe, szczególnie w mięśniach łydki. Krwotoki mięśniowe powstają częściej u dzieci ruchliwych, widocznie skutkiem większej pracy mięśniowej. Cechujące są bóle nasad kostnych, najczęściej w okolicy kolana i stawu skokowego, rzadziej w okolicy nadgarstka i główki kości sprychowej. Obok kości długich niekiedy bywa bolesny mostek i żebra w miejscu połączenia części kostnej z chrząstką. W okresie wylewów krwawych występuje niedokrwistość, przyczem krzepliwość krwi nie ulega zmianie, ilość płytek przeważnie zwiększa się, podobnie ilość ciałek białych. Przyczyna krwawienia tkwi w schorzeniu naczyń. Omawiając wyniki badań anatomicznych innych badaczy i własne spostrzeżenia kliniczne, dochodzi T. do wniosku, że niema istotnej różnicy pomiędzy chorobą Barlowa, a gnilcem. Powstawanie gnilca zależy od usposobienia osobniczego i swoistego czynnika szkodliwego. Dzieci, spostrzegane przez autora, znajdowały się w korzystnych warunkach higienicznych, odżywiane były dostatnio, jednak wyłącznie pokarmami gotowanymi, małą ilością mleka, przeważnie zgęszczonego, nie otrzymywały zupełnie jarzyn zielonych. Leczniczo i zapobiegawczo, obok jarzyn świeżych i owoców, doskonale działał napar z igieł jodły. Doc. Dr Bujak.

Neurologia.

Chiray i E. Roger: **O zespole mięśniowym i »objawie niemożności stania na palcach« w rwie kulszowej.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. 1919, 5—6). Autorowie podają nowy objaw kliniczny, bardzo prosty, natury czysto mięśniowej, nie wywołany przez ból, który nazywają »objawem niemożności stania na palcach« (signe de la pointe). Choremu o obnażonych stopach polecamy naprzód stanąć na palcach zdrowej kończyny i utrzymać się jaknajdłużej. Udaje mu się to bez trudu. Analo-

gicznej próby po stronie chorej nie udaje się choremu w przebiegu rwy kulszowej dokonać. Niekiedy chory pozornie to nawet wykonuje po rozmachu, jednak wówczas widać, że nie może się utrzymać i że był to ruch prawdziwie czynny. Ruchu tego chorzy nie mogą wykonać z powodu braku siły. Objaw ten ma wielkie znaczenie semiologiczne, bo jest objawem wczesnym i zdarza się we wszystkich sprawach chorobowych, dotyczących nerwu kulszowego. Jeżeli go brakuje, należy przyjąć, że neurony ruchowe nie są jeszcze dotknięte i można pomyślnie rokować. Jego obecność dowodzi sprawy ciężkiej i uporczywej, gdyż jest wyrazem zmian mięśniowych i dozwala przypuszczać początek lub ustalenie się odczynu zwyrodnienia. Objaw niemożności stania na palcach może utrzymywać się jeszcze przez szereg miesięcy pomimo tego, że bóle zupełnie ustąpiły, albowiem powrót nerwów ruchowych do stanu prawidłowego odbywa się znacznie powolniej, niż w nerwach czuciowych. Z powodu późnego znikania jest on ostatnim śladem choroby i dlatego jego nieobecność dowodzi zupełnego uleczenia sprawy, a jego utrzymywanie się każe się mieć na baczności przed ewentualnymi nawrotami cierpienia. Zwykle wyprzedza on pojawienie się zniesienia odruchu ścięgna Achillesa i zmian elektrycznych.

Dr M. Blassberg (Kraków).

Radyologia.

G. Loose: **Zwycięstwo promieni Röntgena nad rakiem piersi.** (Fortschr. a. d. Geb d. Rönt. 1919, XXVI, 3). Powołując się na swoje poprzednie doniesienia o zupełnem wyleczeniu raków piersi zapomocą promieni x, podtrzymuje autor w dalszym ciągu twierdzenie, że rentgenoterapią można osiągnąć 100% stałego wyleczenia. Liczba przypadków przez niego w ten sposób leczonych wynosi 121 w przeciągu $4^1/_2$ lat. Materyał swój dzieli autor na 4 części: 1) Operowani doszczętnie i następnie naświetlani. 2) Lekkie nawroty z przerzutami w gruczołach limfatycznych po przebytych operacyach bez naświetlania. 3) Przypadki jak przy 2), ale z rozległymi nawrotami i przerzutami. 4) Przypadki, nadające się do operacyi, lecz jeszcze nie operowane, ani nie naświetlane. W pierwszej i czwartej grupie uzyskał zupełnie wyleczenie. W drugiej grupie widoki wyleczenia są jeszcze na ogół dobre i zupełne opanowanie wszystkich tych przypadków jest kwestyą ulepszenia techniki naświetlania. Rozpaczliwe przypadki trzeciej grupy często, ale nie zawsze dadzą się uratować. Doc. Dr Karol Mayer.

O. de la Camp: **Radyoterapia, a gruźlica płuc.** (Münch. med. Woch. 1919, 49). Z obserwacyi klinicznej i doświadczeń na zwierzętach wynika, że promienie Röntgena działają na tkankę łączną w ogniskach gruźliczych podobnie, jak na inne tkanki, okazujące skłonność do bujania. Dla leczenia gruźlicy płuc ważną jest własność promieni x, wywołująca tworzenie się blizny. Podobnie, jak przy gruczołach gruźliczych nie nadają się wcale do tego leczenia postacie, mające skłonność do rozpadu, lecz tylko gruźlica przewlekła, odznaczająca się bujaniem tkanki łącznej. Dokładne rozpoznanie tej postaci gruźlicy przy pomocy promieni x, oraz odpowiednie dawkowanie stanowią główne warunki wytworzenia się tkanki bliznowatej w obrębie ognisk gruźliczych. Doc. Dr K. Mayer.

Choroby kobiece i położnictwo.

Ch. Cardot: **Związek między torbielami ciałka żółtego, a wymiotami niepowściągłemi w ciąży.** (Paris 1914). Autor omawia znaczenie ciałka żółtego dla ustroju kobiety w myśl teoryi L. Fränkla i opisuje zmiany, jakie w ciałku żółtem spotkać można, z których najczęstsze są torbiele. Zmiany te mają powodować (Schil): 1) Ciążę zewnątrzmaciczną (jajowodową), osłabiając ruch robaczkowy jajowodu podczas wędrówki zapłodnionego jaja przez jajowód. 2) Poronienia, względnie rozpłynięcie się jaja płodowego, jeżeli ciałko żółte uległo zwyrodnieniu, lub zostało usunięte w pierwszych miesiącach ciąży (Fränkel). Twierdzenie to nie daje się utrzymać. 3) Tworzenie się zaśniadu groniastego, zwłaszcza przy zmianach torbielowatych w ciałku żółtem. 4) Wymioty niepowściągłe w ciąży. Tę sprawę omawia autor na podstawie siedmiu przypadków, z których pięć skończyło się śmiercią, dwie zaś kobiety operowane (ovariectomia) wyszły zdrowe i urodziły na czasie. U 5 pierwszych stwierdziła nekroskopia zmiany w ciałku żółtem w następujących postaciach: 2 razy zanik z powodu ucisku przez torbiel jajnikową; raz krwiak; raz ciałko żółte bardzo małe (drobnowidowo: zwyrodnienie komórek luteinowyc); raz zwyrodnienie torbielowate. U operowanych: raz stwardnienie włókniste ciałka żółtego; raz torbiel, wielkości orzecha włoskiego. Wymioty po zabiegu operacyjnym w obu przypadkach, jakkolwiek nie natychmiast, ustały. Z tych siedmiu przypadków wysnuwa autor następujące wnioski: a) Usunięcie ciałka żółtego na początku ciąży nie sprowadza jej przerwania. b) Między zmienionem ciałkiem żółtem u kobiety ciężarnej, a wymiotami niepowściągłemi istnieje korrelacya. c) U kobiet ciążarnych z wymiotami niepowściągłemi wskazane jest usunięcie jajnika, jeżeli badanie nasuwa przypuszczenie zmian w jajnikach. Dr Józef Szymanowicz.

Choroby skórne i weneryczne.

J. Kyrle, R. Brandt i F. Mras: **Odczyn kolloidu złota w płynie mózgowordzeniowym, stosunek odczynów jego do innych odczynów w płynie mózgowordzeniowym, oraz zastosowanie i znaczenie odczynu w klinice.** (W. kl. W. 1920, 1). Płyn mózgowordzeniowy u dotkniętych kiłą nierzadko już we wczesnych okresach kiły drugorzędnej jest chorobowo zmieniony, aczkolwiek osoby, od których go pobrano, nie okazują żadnych nieprawidłowości ze strony układu nerwowego. W płynie mózgowordzeniowym stwierdza się w takich razach limfocytozę, wzmożoną ilość białka i globulin oraz dodatni odczyn Wassermanna. W ostatnich latach zajęto się własnościami fizykochemicznemi płynu mózgowordzeniowego, posługując się w tym celu między innemi odczynem kolloidu złota. Autorowie po zbadaniu 720 płynów mózgowordzeniowych od chorych kiłowych w różnych okresach choroby, dochodzą do następujących wniosków: Dodatni odczyn kolloidu złota występuje bardzo często w płynie mózgowordzeniowym chorych na kiłę. W przeważnej liczbie przypadków spotyka się równocześnie limfocytozę, wzmożoną ilość białka i globulin, oraz dodatni odczyn Wassermanna, ale nie zawsze, bo dodatni odczyn kolloidu złota może występować niezależnie od innych własności płynu mózgowordzeniowego i to w różnych okresach kiły. Nieraz się zdarza, że pod wpływem leczenia płyn mózgowordzeniowy staje się prawidłowym pod względem limfocytozy, ilości białka i globulin, natomiast dodatni odczyn Wassermanna i dodatni odczyn kolloidu złota utrzymują się nadal. Pod tym względem odczyn Wassermanna i odczyn kolloidu złota zachowują się bardzo podobnie. Dodatni odczyn kolloidu złota świadczy o tem, że zmiany zachodzące w płynie mózgowordzeniowym w toku kiły są przyrody jakościowej; z tego względu odczyn kolloidu złota stanowi poważną zdobycz w sposobach badania płynu mózgowordzeniowego. Jakie znaczenie ze stanowiska kliniki przedstawia dodatni odczyn kolloidu złota, na razie nie wiadomo; ale na podstawie jednego bliżej omówionego przypadku, uważają autorowie za zły objaw w rokowaniu utrzymywanie się dodatniego odczynu kolloidu złota po ustąpieniu innych zmian chorobowych w płynie mózgowordzeniowym pod wpływem leczenia. Technika odczynu łatwa, o ile zaś odczynnik sporządzony jest dokładnie, odczyn rzadko zawodzi. Dr Kostrzewski.

Prof. Linser: **Nowa kombinowana metoda wlewań dożylnych salwarsanu łącznie z sublimatem.** (M. Klinik 1919, 42). Linser stosował tę metodę, po uprzednich próbach na zwierzętach, u 1000 chorych (8000 wlewań) i nigdy nie spostrzegał niekorzystnych objawów ubocznych. Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej pojawiało się tylko przy bardzo wysokich dawkach sublimatu (0·1), stosowanych wyłącznie doświadczalnie. Zapalenie jelit i osutka rtęcicza nie pojawiały się nigdy. Również nie spostrzegano zadrażnienia nerek nawet u chorych na nerki. Najkorzystniej jest podawać 0·02 sublimatu ze zwykłą dawką salwarsanu (neo lub natrium) w odstępach 4-dniowych. Działanie jest bardzo silne i szybkie. Objawy kliniczne znikają poprostu gwałtownie. Odczyn Wassermanna szybko staje się ujemny, i to zwykle na stałe. Nawroty spotykano tylko w przypadkach zbyt krótko leczonych. Wydzielanie z ustroju rtęci i salwarsanu (badano metodą Salkowskiego i Abelina) odbywa się tak, jak przy innych metodach podawania rtęci czy salwarsanu. Technika stosowania: Do rozczynu zwykłej dawki n. p. 0·3 neo- lub natrium salwarsanu w 6—8 cm^3 wody w strzykawce szklanej dociąga się 2 cm^3 1% rozczynu sublimatu (0·02 sublimatu). Powstaje natychmiast czarnozielonkawy osad, który jednakowoż przechodzi przez najcieńszą igłę. Całą tę mieszaninę powinno się wymieszać dokładnie w strzykawce i wstrzykiwać dożylnie bardzo powoli. NaCl nie potrzeba dodawać do rozczynu. Odpada również konieczność używania wody przekroplonej, jałowej, ponieważ sublimat sam odkaża mieszaninę. Autor używał stale wody wodociągowej lekko ogrzanej. Dr Tadeusz Pawlas.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 28. I. 1920 r.

Przewodniczy prof. Dr Rosner, protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 78 członków.

I. Prezes, powitawszy zamiejscowych gości, udziela głosu kol. S. Mikołajskiemu, który wygłasza referat: **O stanie naszych zdrojowisk i uzdrowisk**. Wszystkie prawie zdrojowiska małopolskie ucierpiały bardzo w czasie wojennym. Konieczną jest dobra wola i nakład materyalny właścicieli, aby je z ruiny podnieść. Mimo kilkakrotnego zniszczenia, najlepiej przedstawia się stan Rymanowa.

II. Dr J. Jasieński wygłasza odczyt: **W sprawie zdrojownictwa polskiego**.

Dyskusya: 1) Hr. Jan Potocki (jako gość) oświadcza się za uporządkowaniem zdrojowisk i sądzi, że inicyatywa powinna wyjść od właścicieli przy pomocy materyalnej rządu. Jest przeciwnikiem upaństwowienia zdrojowisk, a jako odstraszający przykład podaje Krynicę. — 2) Kol. Dr Kwaśnicki zwraca się do przedstawiciela rządu z prośbą, aby dążył do sanacyi zdrojowisk przy pomocy skarbu państwa; zwraca uwagę na przykre stosunki sanitarne w Rabce, wypływające z podzielenia gmin Rabki-Zdroju, Solca i Rabki. Zarządy klimatyczne powinny być uposażone w dużą egzekutywę. — 3) Kol. Dr Blassberg jest zdania, że tylko prywatna inicyatywa może podnieść nasze zdroje. Aby i uboższym dać możność korzystania z wód, powinno się łączyć zdrojowiska ze sanatoryami. Młodszych balneologów należy wysyłać na studya zagranicę. Konieczne jest utworzenie katedry balneoterapii i balneomechaniki. — 4) Prof. Marchlewski żąda upaństwowienia nie całych zdrojowisk, lecz samych źródeł, zwłaszcza zaniedbanych. Podniesienie zdrojownictwa leży w pierwszym rzędzie w rękach rządu, gdyż on tylko może podejmować roboty inwestycyjne, które na razie nie przynoszą procentu. — 5) Kol. Dr Kmietowicz przedstawia następujący wniosek: Towarzystwo lek. krak. uchwala odnieść się do rządu, aby zajął się odbudową zdrojowisk, a w szczególności Krynicy-Zdroju, jako zdrojowiska rządowego, przeznaczając na ten cel wydatne kwoty. Gdyby rząd na inwestycye te nie mógł wyłożyć odpowiednich kwot, wówczas Towarzystwo lek. krak. postanawia wzniecić akcyę między lekarzami i społeczeństwem całej Polski, celem zebrania znaczniejszych kapitałów na odbudowę zdrojowisk, a ewentualnie stworzenia »Banku zdrojowisk«, któryby się zajął sfinansowaniem tej sprawy. (Wniosek przyjęto). — 6) Kol. Dr Mikołajski wyjaśnia, że w sprawie zdrojowisk działa tylko z własnej inicyatywy, a nie jako przedstawiciel rządu, bo zdrojowiska nie należą do kompetencyi okręgowego dyrektora zdrowia publ. W Małopolsce powinien być ustanowiony inspektorat dla zdrojownictwa. Mowca jest za upaństwowieniem źródeł, lecz koszta obecnie byłyby tak duże, że rząd nie mógłby się tego podjąć; dlatego właściciele zdrojowisk powinni dołożyć wszelkich starań, aby zdroje choć częściowo uruchomić w tym roku. Należy starać się u rządu o zapewnienie zdrojowiskom aprowizacyi, węgla i dobrych połączeń kolejowych.

III. Stosownie do wywodów kol. Dr Mikołajskiego uchwalono na wniosek prezydyum zwrócić się do Sejmu z przedstawieniem naglącej potrzeby umożliwienia tegorocznego sezonu zdrojowego przez zapewnienie zdrojowiskom aprowizacyi, opału i połączeń kolejowych.

IV. Uchwalono przedstawione przez kol. Dr Jasieńskiego rezolucye: A) Do Ministerstwa oświecenia i do Uniwersytetu Jagiellońskiego o jaknajrychlejsze utworzenie katedry balneologii w Uniwersytecie krakowskim, a katedry balneotechniki w politechnice lwowskiej, a zanim to nastąpi, o zorganizowanie conajmniej od jesieni 1920/21 wykładów teoretycznych i praktycznych balneologii w Krakowie. B) Do Ministerstwa zdrowia publicznego 1) o bezwzględny nacisk na zdrojowiska, aby wykonywały przepisy co do zapobiegania chorobom zakaźnym, przedewszystkiem o stwierdzenie przed sezonem, czy każde zdrojowisko ma dom izolacyjny, odkażalnię, aparat dezynfekcyjny i t. d., o unormowanie rozporządzeniem rewizyi sanitarnej przyjezdnych i o zakaz otwarcia tych zdrojowisk, które nie wykażą się sprawnemi urządzeniami ochronnemi; 2) w razie, gdyby do maja 1920 ustawia zdrojowa nie weszła w życie, o uregulowanie tymczasowem rozporządzeniem stosunku gmin do zakładów w zdrojowiskach i o rozszerzenie praw i egzekutywy komisyi zdrojowych; 3) ścisłą kontrolę nad uposażeniem łazienek III klasy oraz pralni publicznych w zdrojowiskach, sezonowego leczenia szpitalnego dla ludu i mniej zamożnych klas.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 4. II. 1920 r.

Przewodniczy prof. Dr Rosner, protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 62 członków.

I. Prezes wita generała lekarza Dr Zapałowicza i kolegów wojskowych na pierwszem wspólnem posiedzeniu naukowem.

II. Kol. kap. lekarz Dr Skórczewski przedstawia inwalidę wojennego, rannego w 1915 r., u którego **kula szrapnelowa** utkwiła **w obrębie** sfery skurczu **komory prawej** i wykonuje ze skurczem serca synchroniczne ruchy. Kula ta znajduje się najprawdopodobniej w mięśniu sercowym lub na jego zewnętrznej stronie zapomocą zrostów przyczepiona. Dolegliwości podmiotowe w postaci kłucia i bolów niezbyt znacznych, brak objawów przedmiotowych, pozwalają zachować stanowisko wyczekujące.

III. Kol. Szymanowicz przedstawia **preparat** czteromiesięcznej **ciąży,** rozwijającej się **w szczątkowym rogu macicy.** D. 18. I. 1920 przywieziono do kliniki ginekologicznej Uniw. Jagiell. 21-letnią kobietę, ciężarną po raz pierwszy, poprzednio zdrową, która dopiero w dniu przybycia na klinikę zaniemogła nagle wśród gwałtownych bolów dołem brzucha i objawów niedokrwistości. Badanie ginekologiczne stwierdziło w jamie brzusznej dużą ilość krwi płynnej, macicę nieznacznie powiększoną, obok niej po stronie prawej guz wielkości dużej pięści. Rozpoznano: graviditas tub. dextr. rupta, anaemia acuta. Natychmiastowa operacya. Znaleziono ciążę w prawym szczątkowym rogu macicy z pęknięciem u szczytu w kierunku poprzecznym. Mimo wlewań soli kuchennej i środków podnoszących ciśnienie, operowana zmarła w pół godziny po operacyi. Preparat przedstawiony jest rogiem macicy szczątkowym, wielkości dwóch pięści, w kształcie mięsistego kielicha, którego ściany u podstawy są najgrubsze, u góry zaś coraz cieńsze, gdzie nastąpiło pęknięcie. Przez szczelinę pęknięcia przeświecają błony płodowe, a przez nie płód czteromiesięczny i kosmki łożyska. Na zewnętrznej stronie preparatu widać wyciągnięty jajowód, poniżej zaś jajnik. Więzadło obłe jest nieco zgrubiałe i przyczepione na zewnętrznym dolnym biegunie rogu. Róg macicy ciężarny był połączony z rogiem pustym przewodem mięsistym, odchodzącym na wysokości ujścia wewnętrznego.

IV. Kol. kap. lekarz Zanietowski wygłosił odczyt: **O postulatach nowoczesnej fizyoterapii.**

V. Na członków zwyczajnych przyjęto kol. Knorka, Pawlasa i Górskiego.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 11. II. 1920 r.

Przewodniczący kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 122 członków.

Prezes wita zamiejscowych prelegentów, którzy nie szczędzili trudu, aby swoje bogate doświadczenie i wiedzę złożyć na usługi jednej z najważniejszych walk społecznych, jaką jest walka z gruźlicą. Sprawą tą powinno się zająć całe społeczeństwo, lecz kierunek musi leżeć w rękach lekarzy. Porządek dzienny posiedzeń w d. 11. i 12. II. 1920 będzie następujący: 1) Dr Seweryn Sterling z Łodzi: **Gmina miasta Łodzi w walce z gruźlicą.** 2) Prof. Dr Wiczkowski ze Lwowa: **Plan organizacyi walki z gruźlicą w państwie polskiem.** 3) Dr Szczepan Miko-

łajski ze Lwowa: **Walka z gruźlicą w Małopolsce w roku 1919**. 4) Dr Jan Landau z Krakowa: **Gruźlica w szkole**. 5) Dr Kuczewski z Zakopanego: **O odgruźliczeniu Zakopanego**. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr Sterling: **Gmina miasta Łodzi w walce z gruźlicą** (streszczenie). O rozmiarach, w jakich Łódź podjęła tę walkę, świadczy budżet na rok 1920/1921. Suma ogólna wydatków specyalnych, to jest niezależnie od wydatków na utrzymanie chorych gruźliczych leczonych w szpitalach, wynosi 1,348.410 marek. — Na czele planowej walki z gruźlicą stoi osobna sekcya Wydziału zdrowotności Magistratu Łodzi. W skład tej sekcyi wchodzi: 1) Biuro (trzech urzędników i dwóch woźnych). 2) Poradnia (internista, chirurg, pedyatra i dwie sanitaryuszki). 3) Pracownia rozpoznawcza bezpłatna (jedna osoba badająca wydzieliny, jedna badająca krew). 4) Stacye obserwacyi przed wysłaniem do szpitala dla lekko gruźliczych (w dwóch szpitalach). 5) Leczenie światłem. 6) Leczenie swoiste. 7) Zdjęcia rentgenologiczne. 8) Organizacya odkażania mieszkań i sprzętów po chorych. — Z powodu małej stosunkowo ilości miejsc w szpitalach gruźliczych dla chorych chirurgicznych funkcyonuje drugi chirurg sekcyi, który przy pomocy sanitaryuszki udziela pomocy chorym wypuszczonym ze szpitala w ich domu. — Szpital dla lekko gruźliczych w Chojnach, na 80 łóżek, istnieje od roku 1915. Szpital dla dzieci gruźliczych na 100 łóżek jest chwilowo nieczynny, ponieważ władze wojskowe zabrały budynek na szpital weneryczny. Wkrótce ma być zwrócony miastu. Szpital letni dla dzieci gruźliczych poza miastem (50 miejsc) jest czynny przez 5 letnich miesięcy. — Sekcya walki z gruźlicą istnieje od 1. V. 1918; do 1. II. 1920 zbadano w tej sekcyi 10489 osób, pracownia zaś wykonała 4200 bezpłatnych badań.

Po wszystkich 5 referatach (przeznaczonych do druku) wywiązuje się obszerna dyskusya, w której zabierają głos: 1) kol. Kwaśnicki zwraca uwagę, że gruźlica płucna, to przeważnie choroba lepiej sytuowanych, natomiast kostna, to morbus pauperum i tej nie powinno się zaniedbywać, bo ona bywa rozsadnikiem bakteryi nieraz znaczniejszym, niż plwocina. Dotychczasowa metoda leczenia gruźlicy kostnej nie wiedzie do celu, bo chory po ewentualnym zabiegu operacyjnym zostaje wypuszczony do domu, gdzie brak mu należytej opieki lekarskiej. Chorzy tacy powinni być leczeni w sanatoryach, na ten cel specyalnie w miejscach klimatycznych wybudowanych, lecz nie przez cztery tygodnie, bo tak krótki okres niema znaczenia dla przebiegu choroby. Przyszłość walki powinna polegać na usuwaniu dzieci gruźliczych z miast na czas nauki do miejsc, gdzie mogłyby się dłuższy czas leczyć. Zakładanie kolonii wielką oddałoby pomoc w tej walce. — 2) Kol. prof. Latkowski żali się na fatalne stosunki, panujące w szpitalach, gdzie chorzy na gruźlicę leżą razem z innymi chorymi. Odosobnienie musi być szybko przeprowadzone i w tym celu budowa oddzielnych szpitali dla gruźliczych jest konieczna. Należy zachęcać społeczeństwo do datków na cele walki z gruźlicą i przedstawiać niebezpieczeństwo leżące w rozpowszechnieniu tej choroby. Klimatyczne leczenie trzeba przedewszystkiem mieć na oku, lecz nasze stacye przeciwgruźlicze nie mogą spełnić swego zadania, bo otwarte są tylko przez kilka miesięcy w roku (Rabka). Jedyna nadzieja leży w Zakopanem, należy więc dażyć do jego sanacyi i oddzielenia ruchu turystycznego od leczniczego. — 3) Kol. Dr Sterling radzi zająć się gorliwie poprawieniem stosunków zdrowotnych Zakopanego, bo to jedyne miejsce w Polsce, gdzie można nieść pomoc chorym na gruźlicę. Gdyby fatalne stosunki obecne nie polepszyły się, to lekarze będą musieli wstrzymać się od wysyłania chorych gruźliczych do Zakopanego. — 4) Kol. Dr Kuczewski widzi możność zwycięstwa w uspołecznieniu walki z gruźlicą; ogólne ubezpieczenie da potrzebne na tę walkę fundusze, należy więc do niego dążyć wszystkiemi siłami. — 5) Kol. prof. Korczyński uważa, że rząd powinien dać plan walki, lekarze powinni dać uświadomienie szerokim warstwom społeczeństwa.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 12. II. 1920 roku.

(Ciąg dalszy rozpraw nad gruźlicą).

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 76 członków.

I. Dalszy ciąg dyskusyi w sprawie gruźlicy: 1) Kol. Bujwid wykazuje, że złe warunki mieszkaniowe są jedną z najważniejszych przeszkód w walce z gruźlicą; dopóki te się nie poprawią, trudno będzie walkę z tą chorobą sprowadzić na należyte tory. Jednym z ważnych czynników jest uświadomienie szerokich kół ludności. Ubezpieczenie społeczne dałoby możność rozwiązania tej piekącej sprawy. Gdy pieniądze się znajdą, należałoby pomyśleć o budowie »miast ogrodów« i zakładaniu kolonii dla dzieci. — 2) Kol. Rychliński: Walka z gruźlicą w społeczeństwie naszem nie znajduje tego zrozumienia, co zagranicą. Przyczyna tego w niedostatecznem uświadomieniu ludności. Nim walka z gruźlicą wejdzie na nowoczesne tory, należy dążyć do oddzielenia gruźliczych chorych po szpitalach. — 3) Kol. Walter żali się na brak zainteresowania się gruźlicą skóry, która ma się przyczyniać w znacznej mierze do rozszerzenia choroby. Prosi o wyszukiwanie wczesnych przypadków i zwracanie do odpowiedniego leczenia, gdyż tylko te mogą dać jakiś wynik leczniczy. Kol. Walter wnosi, by Towarzystwo lek. krak. uchwaliło konieczność urządzenia instytutu Finsena, z wszelkiemi wyposażeniami do leczenia światłem, w Krakowie i Lwowie, gdyż zakład w Warszawie jest niewystarczający. — 4) Kol. Dr Sterling popiera postulat kol. Waltera i uważa, że sprawa ta musi być wciągnięta w ogólną walkę z gruźlicą, zaznacza, że zaniedbana obecnie Szczawnica nadawałaby się do tego celu i wnosi, aby zwrócić się do rządu o zakładanie cały rok otwartych kolonii sanatoryów, zwłaszcza dla dzieci w miejscach kąpielowych. — 6) Kol. Dr Landau J. sądzi, że Towarzystwo lek., obok tej dużej akcyi w walce z gruźlicą zajmie się planem zorganizowania kolonii dla dzieci, których obecny kierunek niezupełnie odpowiada celowi.— 7) Kol. Dr Momidłowski podnosi, że walka z gruźlicą może wydać pomyślne wyniki tylko przy równoczesnem podniesieniu kultury hygienicznej w kraju, a w szczególności w miastach i że lekarze, jako jej krzewiciele, powinni być z zasadami hygieny szczegółowej i społecznej wszechstronnie obznajomieni. Wnosi więc, by Towarzystwo lek. krak. uchwaliło, że pożądane jest położenie większego nacisku na ważność nauki hygieny szczegółowej i społecznej na Wydziałach lekarskich. — 8) Kol. prof. Rutkowski z przyjemnością stwierdza, że w tej szerokiej dyskusyi zwrócono uwagę na gruźlicę kości i uwzględniono niebezpieczeństwo, jakie grozi z tej strony. Gruźlica chirurgiczna, która szerzy się w zastraszający sposób, nie jest jeszcze traktowana dostatecznie poważnie. Prof. Rutkowski przytacza statystykę ambulatoryum oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, które przedstawia procentowość gruźlicy chirurg. w stosunku do innych chorób chirurgicznych i zatrważający wzrost gruźlicy kości w ostatnich latach. W roku 1911 na 6000 ambulatoryjnych chorych było 18% gruźlicy, w r. 1914 na 8000 już 20%, a w 1917 na 10.000 aż 26.3%. Leczenie ambulatoryjne tych chorych niema celu i nie przynosi pożytku; jedynie tylko leczenie zakładowe w połączeniu z helioterapią i ewentualnie balneoterapią może dać owoce i zwrócić społeczeństwu setki zdrowych obywateli, którzy obecnie, jako kaleki, są dlań ciężarem. Prof. Rutkowski żąda więc dla chirurgicznej gruźlicy odpowiedniego miejsca w ogólnej terapii w postępowo urządzonych sanatoryach, będących pod kierunkiem wyszkolonego chirurga. — 9) Kol. Dr Kwaśnicki, jako senior lekarzy, dziękuje prelegentom za nader ciekawe i wyczerpujące referaty i prezesowi Towarzystwa za zorganizowanie odczytów.

II. Kol. Dr Sterling wygłasza wykład: **Dwa zagadnienia z zakresu mianownictwa gruźlicy**. (I. Invasio-Infectio-Affectio. II. Phthisis pulmonum-Tuberculosis).

I. Calmette uważa każdego oddziałującego na tuberkulinę za zdolnego — intermittenter — do wydzielania z ustroju zarazków gruźlicy. Jestto błąd, polegający na utożsamianiu infekcyi i afekcyi.

Prelegent ujmuje sprawę gruźlicy z punktu widzenia biologicznego, kładąc nacisk na fakt, że zmiany funkcyi komórki występują wcześniej, aniżeli zmiany w jej budowie. Zrozumienie wszystkich składników choroby uwzględnić musi stosunek podniet (czynników etyologicznych) nietylko do zmian i organizacyi komórki, ale też i do zmian jej czynności. Podnieta, lasecznik Kocha, wywołuje przedewszystkiem, a czasem wyłącznie tylko, zmiany w dezassymilacyi biogenu komórki, która wówczas wydala zmienione swoiście materye płynne, zmieniając skład prawidłowy soków ustroju.

Lasecznik gruźlicy może działać jako podnieta, wywołująca li tylko czynnościowe zmiany w komórkach ustroju zakażonego. Dlatego należy odróżniać: invasio, infectio i affectio. Przykład inwazyi: prątek Kocha w nosie, w szparach międzyzębowych (n. p. z masła), w jelitach (połknięte z plwocinami tak często bezkarnie przebywają laseczniki).

Infectio sine affectione widzimy w t. zw. latentia lymphoides (Bartel), w tuberculosis nonfollicularis, w bacillo-tuberculosis Francuzów. Są wtedy laseczniki Kocha nieczynne z punktu widzenia histologicznego, ale czynne z punktu widzenia biologii, ponieważ wywołują zmiany w czynności komórek, a ich wyrazem są swoiste odczyny biologiczne. Odczyn biologiczny nie przesądza obecności afekcyi gruźliczej.

Stale przytaczana zgodność częstości odczynów tuberkulinowych i częstości zmian gruźliczych, stwierdzanych przez badania pośmiertne, uległa rewizyi. Odczyny dodatnie tuberkulinowe nie wszędzie (w różnych miastach i u różnych grup społecznych) są tak częste, jak powszechnie się przyjmuje.

Częstość zmian gruźliczych, podana przez Naegeliego, nie została potwierdzona przez szereg badań różnych poważnych uczonych (Orth, Lubarsch, Beitzke, Risel). Prelegent przytacza szereg spraw chorobowych, budzących wątpliwości co do swego pochodzenia gruźliczego, a uważanych przez Naegeliego i jego zwolenników za bezsprzecznie gruźlicze, kładąc nacisk na to, że sam Naegeli o wiele więcej czyni zastrzeżeń, aniżeli ci, którzy bezkrytycznie powołują się na jego 97% zmian gruźliczych, znajdowanych w zwłokach ludzkich. Pohopność, z jaką przytaczane są jedynie maksymalne cyfry, ma swe źródło w potrzebie przekonywania społeczeństwa, sejmów, rządów, o grozie gruźlicy; ale nauka powinna liczyć się jedynie z faktami bez tendencyi, choćby najszlachetniejszych. Wraz z obaleniem zasady, jakoby prawie wszyscy ludzie po osiemnastym roku życia mieli zmiany gruźlicze (histologiczne), odpada trudność uznawania faktu istnienia infekcyi bez afekcyi. Nie każdy, dający odczyn tuberkulinowy, ma jakieś zmiany gruźlicze w swem ciele.

II. Gruźlicą należy nazywać zmiany tkankowe, mające znane cechy anatomo-patologiczne; suchotami płuc — chorobę w jej całokształcie klinicznym. »Gruźlica« może znaczyć albo twór histologicznie określony, albo wytwór prątka Kocha. »Gruźliczem« należy nazywać wszystko, co zależy od prątka Kocha, ale tylko w zakresie morfologii i histologii. Dla nozologii służyć powinien (o ile chodzi o płuca) wyraz suchoty płuc. Jeźli wyrazu gruźlica zechcemy użyć w nozologii, to wolno mówić o gruźlicy płuc w przypadkach gruźlicy prosówkowej (tuberculosis miliaris i pneumonia miliaris). Suchoty płucne (phthisis pulmonum) mogą być ewentualnie uważane za jedną ze szczególnych postaci gruźlicy płuc (tuberculosis pulmonum), ale nie są — jej synonimem. Suchoty płuc pospolite zależą od wielu czynników bardzo ważkich, na przebieg kliniczny tak przemożnie wpływających, że termin etyologiczny, czy swoiście anatomo-patologiczny nie pokrywa tu terminu nozologicznego.

Istnieją dwa pojęcia różne, dlatego używać należy dwu różnych terminów.

Należałoby, zdaniem prelegenta, tak rozpoznanie określić n. p.: »Phthisis pulmonum incipiens manifesta. Tuberculosis apicis«. Albo »Phthisis pulmonum incipiens. Tuberculosis pulmonum occulta« (w przypadkach, gdzie objawy ogólne przemawiają za rozpoznaniem suchot, a jednak ognisk anatomicznych badanie jeszcze nie wykrywa).

Sprawy zawodowe.

Z Izby lekarskiej w Krakowie. Izba lekarska zachodniogalicyjska wzywa lekarzy, w okręgu tutejszej Izby lekarskiej praktykujących, do natychmiastowego przesłania Okręgowemu Urzędowi zdrowia we Lwowie kart regestracyjnych, o ile dotąd tego nie uczynili.

Dla uczczenia pamięci zmarłych na tyfus plamisty Dr Władysława Filipkiewicza i ks. kapelana Wilhelma Kroczka złożył korpus oficerski szpitala epidemicznego i wojskowego laboratoryum bakteryologicznego w Krakowie kwotę 1191 Mkp. do rąk Izby lekarskiej na cele zapomóg dla wdów i sierot po lekarzach, za co Izba lekarska składa ofiarodawcom serdeczne podziękowanie.

Związek lekarzy Państwa polskiego ogłosił odezwę do ogółu lekarzy, której główne ustępy opiewają:

»Świat lekarski posiadał dotąd liczne zrzeszenia, tworzył je jednak raczej w myśl ideałów nauki, współżycia koleżeńskiego i obrony dóbr moralnych, niż w duchu ochrony interesów materyalnych. Nowe zarządzenia, zmierzające na szerszą skalę na drodze ubezpieczeń społecznych do pewnej formy upaństwowienia pomocy lekarskiej, stały się bodźcem dla świata lekarskiego do większej troski o swój byt. Dążenia lekarzy poszły w dwóch kierunkach: 1) do uzyskania Izb lekarskich, które są niejako samorządem zawodowym; 2) do zorganizowania kadrów lekarskich w celu ochrony interesów zawodowych i materyalnych w postaci związku wszechpolskiego«.

»Związek lekarzy Państwa polskiego już powstał; nie wszystkie jednak dzielnice i nie wszyscy lekarze dotąd przystąpili do niego. Jeżeli działalność Związku ma być owocna, musi ogarniać ogół lekarzy bez względu na to, czy dana jednostka może być bezpośrednio zainteresowana czy nie. Mając na względzie wspólne dobro, każdy lekarz bez względu na swe stanowisko społeczne, czy naukowe, ma obowiązek moralny należenia i popierania Związku. Związek jest apolityczny, bez różnicy wyznania i narodowości skupia wszystkich lekarzy Państwa polskiego pod swoim sztandarem, na którym jest wypisane: dobro nauki lekarskiej, dobro społeczeństwa, dobro lekarzy. Siłą Związku będzie solidarność zrzeszonych, a bronią jego porozumienie prowadzone tak, aby społeczeństwo, chory i lekarz nie byli pokrzywdzeni. Tym zasadom hołdując, pierwszy Wydział wykonawczy Głównego Zarządu przystępuje do swego zadania i wzywa wszystkich lekarzy Państwa polskiego do udziału i współpracy«.

Skład Głównego Zarządu Związku, wybranego w d. 14. III. 1920 w Warszawie na Zjeździe delegatów z całego kraju, podaliśmy w Nr. 2 »Przeglądu lekarskiego«. (Do tego Zarządu nie wybrano nikogo z Krakowa, ani wogóle z Zachodniej Małopolski). Wydział wykonawczy Głównego Zarządu ukonstytuował się w sposób następujący: Prezes kol. Jan Bączkiewicz, wiceprezes kol. Kazimierz Orzeł, skarbnik kol. Stanisław Mutermilch, sekretarz kol. Eugeniusz Osiński, członek Wydziału kol. W. Kamocki. Adres Związku lekarzy Państwa polskiego: Warszawa, ul. Widok, Nr 23. (w lokalu Stowarzyszenia lekarzy).

Powoływanie lekarzy do świadczeń wojennych, a mianowicie do walki z durem plamistym na kresach, już się rozpoczęło. Donosząc o tem, zaznacza »Gazeta lekarska« (Nr 16), że »od władz państwowych oczekują lekarze w związku z tem pełnego poczucia odpowiedzialności i rozwagi w zarządzeniach wykonawczych, przedewszystkiem oględnego szafowania materyałem ludzkim«. Konieczne więc jest zużytkowanie »przedewszystkiem lekarzy młodszych, jako więcej odpornych na zakażenie durowe« i »oszczędzanie kobiet, mianowicie lekarek-matek«. »Oczekiwać należy od Państwa, że nie będzie mnożyło ofiar daremnych i nie wyśle na posterunek niebezpieczny ludzi bez zapewnienia im środków do walki«, oraz że zabezpieczy byt lekarzy w czasie służby epidemicznej, a byt ich rodzin w wypadkach śmierci.

Wiadomości bieżące.

Dwudziestopięciolecie Wydziału lekarskiego lwowskiego. Wydział lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie postanowił upamiętnić rozpoczęcie drugiego 25-lecia swego istnienia przez urządzenie obchodu w czasie Zielonych Świąt. Obchód składać się będzie z akademii w nowym gmachu Uniwersytetu (dawniej Sejmowym), z odsłonięcia popiersia ś. p. prof. Kadyiego, ze zjazdu, poświęconego organizacyi nauki lekarskiej w Polsce i wydania pamiętnika jubileuszowego.

Z Towarzystw lekarskich polskich. Prezesem Polskiego Towarzystwa pedyatrycznego w Warszawie wybrany został Dr Wł. Szenajch, wiceprezesem J. Kramsztyk, sekretarzem M. Erlichówna. — W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem powstała sekcya patologii ogólnej pod przewodnictwem prof. Dr Hornowskiego.

Zjazdy naukowe. Zjazd chirurgów polskich, po 9-letniej przerwie, zwołuje gen.-lek. prof. Rydygier, dożywotni prezes tych

zjazdów, do Warszawy na październik r. b. — Zjazd przeciwgruźliczy niemiecko-austryacki odbył się w Wiedniu (IX. Frankgasse 8) 26. IV. b. r. — Zjazd lekarzy sanitarno-obyczajowych odbył się w Ministerstwie zdrowia 28. III. b. r., celem zapoznania się lekarzy z zasadami akcyi Ministerstwa w dziedzinie chorób wenerycznych i uzgodnienia działalności Urzędów sanitarno-obyczajowych.

Nowe czasopisma. W Poznaniu wyszedł zeszyt 1—2 miesięcznika p. n. »Wychowanie fizyczne« pod naczelną redakcyą prof. Dr E. Piaseckiego. Oprócz 4 artykułów oryginalnych (podajemy ich tytuły na innem miejscu) zawiera zeszyt ten nader bogaty dział sprawozdawczy, ustawy i przepisy, poszukiwania, notatki bibliograficzne i kronikę. — »Walka z alkoholizmem«, czasopismo redagowane przez J. Szymańskiego, zostało wznowione. Pierwszy zeszyt zawiera m. i. artykuły Dr J. Bielińskiego i Dr Wł. Sterlinga.

Międzynarodowa konferencya sanitarna w Londynie z udziałem ministra Dr Chodźki zajmowała się głównie durem plamistym, a uznawszy plan jego zwalczania w Polsce za odpowiedni, postanowiła oddać sprawę komisyi wykonawczej, która przez swoich osobnych komisarzy ma przyjść Polsce z pomocą.

Wiadomości osobowe. Prof. Dr Maksymilian Rutkowski został mianowany zwyczajnym profesorem chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim. — Nominacya profesora laryngologii i rynologii w Krakowie, Dr Baurowicza, została rozszerzona na otologię. — Prof. Dr Witold Orłowski znajduje się w drodze z Syberyi do Krakowa, gdzie obejmie klinikę chorób wewnętrznych.— Prof. Dr Alfred Sokołowski rozpoczął w bieżącem półroczu w Uniwersytecie warszawskim (po raz pierwszy w Polsce) kliniczne wykłady ftyzyologii. — Generał l. Prof. Dr L. Rydygier przeniósł się ze Lwowa do Tczewa-Gdańsk, gdzie postanowił złożyć »Instytut chirurgii polskiej«. S. S. Miłosierdzia oddały mu na ten cel swój Zakład, w którym po urządzeniu go według najnowszych wymagań chirurgii wykonywać będzie większe operacye na ubogich chorych z Pomorza bezpłatnie i urządzi także oddział naukowo-doświadczalny. Młodsi koledzy mogą w ograniczonej liczbie zgłaszać się na dalsze kształcenie w chirurgii. Raz do roku będzie się mógł odbywać na życzenie conajmniej 5 kolegów kurs 4-tygodniowy w dogodnym czasie.

Spis chorych na porażenie postępujące i wiąd rdzenia w czasie od 1. IV. do 1. VII. b. r. zarządziło Ministerstwo zdrowia, a wobec doniosłości sprawy odwołuje się do ogółu lekarzy o poparcie tej ankiety.

Kurs dla opiekunek w poradniach przeciwgruźliczych urządza Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie. Początek 4. V. b. r. Zgłoszenia przyjmuje prof. Dr Wiczkowski, Lwów, ul. Kościuszki 4.

Obowiązek donoszenia o zachorowaniach rozszerzyło Ministerstwo zdrowia na t. zw. śpiączkę epidemiczną (encephalitis lethargica).

Choroby zakaźne. Kraków od 21. III. do 10. IV. dur plamisty 214 † (zmarło) 38, brzuszny 4 † 1, powrotny 5, ospa 1, płonica 13, błonica 4. — Łódź od 4. IV. do 1. V. dur plamisty 115, † (zmarło) 11, brzuszny 25 † 1, powrotny 9 † 1, płonica 20 † 5, błonica 4 † 3, zapalenie opon 10 † 5, gruźlica † 158.

Zmarli: z duru plamistego Dr Zygmunt Stanowski i Dr Tadeusz Płochocki w Nowym Sączu; Dr H. Ruppert, lekarz naczelny szpitala św. Stanisława w Warszawie w 62 r. ż.

Od Administracyi. Wyłączne zastępstwo naszego pisma na Stany Zjednoczone i Kanadę udzielono firmie: Polish News Agency, 26 Newark Ave., Jersey City, N. 9.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich:

Gazeta lekarska 1919 Nr 41—52: Batawia: O wskazaniach do podwiązania żyły szyjnej wewnętrznej w zakrzepowem zapaleniu poprzecznej zatoki mózgowej. — Rozenfeld (dok.). — Kowalewski: W sprawie leczenia operacyjnego niepowikłanego wypadnięcia odbytnicy u kobiet. — Simon: Uwagi krytycznie z powodu prac o zapaleniu nerek. — Moniuszko: Jeszcze kilka słów o moim sposobie głębokiej narkozy zapomocą enemy eterowej.— Sabat: O naświetlaniach rentgenowskich sekundowych względnie chwilowych. — Gluziński: Wykład wstępny przy objęciu katedry w Uniw. warsz. — Tykociner: W sprawie odczynu moczu z błękitem metylenowym. — Szczawińska: W sprawie aerobizacyi bakteryi beztlenowych. — Pawiński: Ś. p. Dr L. Rzeczniowski.— Serkowski: Rola peptotoksyn i bakteryi proteolitycznych w zakażeniach i zatruciach pokarmowych. — Sokołowski: S. p. J. Winiarski. — Bujwid: Szczepienia ochronne przeciw czerwonce.

1920: Nr 1—16. Rzętkowski: Człowiek zdrowy jako przedmiot badania klinicznego. — Puławski: Przyczynek do t. zw. śmierci grasiczej. — Ciechomski: Ś. p. Gabszewicz. — Jakowicki: Okresowe krwawienie z sutka, jako wczesny objaw nowotworu złośliwego. — Karbowski: O zaburzeniach w czynnościach narządów ucha wewnętrznego w następstwie urazu dźwiękowego. — Demianowski: Rzadki przypadek omamów zmysłowych u neurastenika. — Szayerowicz: O stosowaniu środków, łagodzących bole porodowe. — Sieramski: O leczeniu świeżych ran postrzałowych stawów. — Siwiński: Przyczynek do zaburzeń psychicznych po zatruciu tlenkiem węgla. — Bruner E: Trzy przypadki choroby Dariera. — Mutermilch Stanisław: Przetaczanie krwi w świetle badań współczesnych. — Truszkowski: Przypadek choroby Möller-Barlowa. — Rzętkowski: W sprawie t. zw. grypy hiszpańskiej. — Hornowski: O zmianach anatomopatologicznych w obecnej epidemii t. zw. hiszpanki. — Wachtel: Z rentgenologii grypy. — Filiński: Influenca a suchoty. — Korybut-Daszkiewicz: Ś p. Ludwik Anders. — Borowiecki: Kilka zagadnień z zakresu postrzałowych uszkodzeń nn. obwodowych.— Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze człowieka, wywołanych przez działanie na nią ichtyolu. — Landstein: Endocarditis lenta. — Mutermilch: Etyologia i patogeneza długotrwałego posoczniczego zapalenia wsierdzia.— Janowski: Czy i w jakich warunkach tony serca mogą być istotnie nieczyste? — Mutermilch: Modyfikacya odczynu Bordet-Gengou-Wassermanna. — Erlichówna: O chorobie Werlhofa. — Paszkiewicz: Przerzut raka sutka do podstawy czaszki. — Goldflam: Z semiotyki odruchów brzusznych.

Lwowski Tygodnik lekarski Nr 1—4: Gröer: O leczeniu dyetetycznem w chorobach zakaźnych. — Teliga: Eterowooliwne uśpienie przez odbytnicę. — Warchoł: W sprawie podprzeponowego bąblowca wątroby. — Leszczyński: Zasady nowoczesnego leczenia kiły. — Schusterówna: Przypadek ostrej nosacizny u człowieka. — Woyciechowska: Drugi przypadek włośnicy (trichinosis) stwierdzony w Małopolsce. — Lenartowicz: Krytyka odczynu Wassermanna w świetle najnowszych badań. — Demianowski: Psychologia stanów objętych przez ustawy karne nazwą utraty świadomości. — Bednarski: Duży odłamek drzewa, 17 lat tkwiący w oczodole. — Bocheński: Niezwykłe zejście po

pęknięciu macicy ciężarnej. — Rothfeld: Przyczynek do kazuistyki guzów w tylnej jamie czaszkowej. — Kuhn: Stan walki z epidemiami na obszarze byłej Galicyi.

Lekarz wojskowy Nr 1—14: Gluziński: O stosunku zmian w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu do schorzeń układu mięśniowego. — Br. Sawicki: Dwa rzadkie przypadki złośliwych guzów tarczycy. — A. Sokołowski: Stanowisko lekarza wojskowego przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej u rekrutów. — Radliński: Przyczynek do chirurgii jamy czaszkowej. — E. Zieliński: Zmiany w narządach wewnętrznych po upadnięciu z dużych wysokości. — Noyszewski: O badaniu ostrości wzroku. — Waserman: W sprawie doszczętnego leczenia przewlekłego ropienia jamy Highmora. — Bałłaban: Ocena jaglicy, jej leczenie ze stanowiska wojskowo-lekarskiego. — Bychowski: Neurologia wojenna.— Bruner: Badania nad antytoksyną błoniczą. — Grzywo-Dąbrowski: Ogniskowe zapalenie gruźlicze opon miękkich na powierzchni półkul mózgowych. — Węckowski: Obecny stan leczenia nowotworów złośliwych zapomocą naświetlanią radem. — Orłowski St.: Przyczynek do nauki o umiejscowieniu afazyi. — Owczarewicz: O działaniu środków odkażających na wesz odzieżową.— Ajzner: O leczeniu świeżych przenikających postrzałowych ran brzucha. — Różycki: Nowe metody barwienia zwłok. — Nowicki: Zmiany anatomiczne u zmarłych w krótki czas po zatruciu gazami z pocisków. — Biehler: Sprawozdanie z czołówki chirurgicznej im. H. Paderewskiej. — Hertz: O grypie. — Białokur: Naprawa strzykawek. — Korczyński: Mechanizm i znaczenie objawowe odruchów trzewnych w przebiegu niektórych chorób narządu krążenia i narządu oddechowego. — Składkowski: Benjaminowskie Towarzystwo lekarskie. — Białokur: Z dziedziny patologii wyrostka robaczkowego. — Świątecki: Appendicitis w szpitalu Ujazdowskim w 1906—1913 r. — Węgłowski: O leczeniu złamań kości udowej. — Radecki: Psychologia a wojsko.— Lewenstein: W sprawie leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.

Wychowanie fizyczne Z. 1.—2.: Osmólski: Wychowanie fizyczne w szkole powszechnej. — Drabczyk: Wskaźnik Pirqueta. — Sikorski: Fizyczne wychowanie jako podstawa wyszkolenia żołnierza.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Poszukuję asystenta do mego »Instytutu chirurgii polskiej Tczew-Gdańsk« na warunkach lepszych, niż w klinikach uniwersyteckich. Młodzi lekarze, którzy pracowali w anatomii patologicznej, mają pierwszeństwo.

Generał l. Prof. L. Rydygier.

Rada szkolna krajowa.
L. 6575/IV. Lwów, dnia 4. kwietnia 1920.

Kurs dla kandydatów na lekarzy szkolnych.

W celu przygotowania zespołu lekarzy szkolnych dla szkół ludowych, seminaryów nauczycielskich i szkół średnich, urządza Wydział lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, za inicyatywą Rady szkolnej krajowej, dwumiesięczny kurs dla kandydatów i kandydatek na te stanowiska.

Kurs odbędzie się pod kierownictwem prof. Dr I. Groeera w czasie od 4. maja do 3. lipca b. r., z następującym programem:

Wykłady i zajęcia przedpołudniowe.
(4 godziny dziennie).

1. Propedeutyka pedyatryi ze szczególnem uwzględnieniem współczesnych sposobów badania i leczenia, walki z krzywicą i zakaźnemi chorobami ostremi. Prof. Dr I. Groeer. 52 godzin.
2. Ambulatoryum pedyatryczne Dr S. Progulski. 16 godzin.
3. Choroby ucha, nosa i gardła. Prof. Dr T. Zalewski. 18 godzin.
4. Dentystyka szkolna Prof. Dr A. Cieszyński 19 godzin.
5. Ortopedya. Prof. Dr H. Schramm. 19 godzin.
6. Okulistyka. Prof. A. Bednarski. 19 godzin.
7. Choroby skórne i weneryczne. Prof. Dr W. Łukasiewicz. 19 godzin.
8. Neurologia i psychiatrya dziecka w wieku szkolnym. Dr A. Demianowski. 15 godzin.
9. Dziecko upośledzone i zaniedbane. Dyagnostyka stanu inteligencyi. Osobliwości okresu dojrzewania. Dr A. Demianowski. 9 godzin.
10. Choroby i hygiena zawodu nauczycielskiego. Prof. Dr R. Rencki. 5 godzin.
11. Walka z gruźlicą. Prof. Dr I. Groeer. 5 godzin.

Wykłady popołudniowe. 248
(3 godziny dziennie).

12. Fizyologia dziecka i młodzieży, ze szczególnem uwzględnieniem wzrostu, rozwoju, ruchu i wyczerpania. Prof. Dr A. Beck. 12 godzin.
13. Wychowanie fizyczne z demonstracyami. Dr W. Hojnacki. 15 godzin.
14. Opieka społeczna. Prof. Dr I. Groeer. 13 godzin.
15. Hygiena ogólna i szkolna. Dr Z. Steusing. 20 godzin.
16. Wychowanie dziewcząt. Dr H. Popielska. 8 godzin.
17. Statystyka. Prof. Dr I. Groeer. 5 godzin.
18. Organizacya pracy lekarza szkolnego. Prof. Dr I. Groeer. 3 godziny.
19. Skautostwo i jego organizacya. Dr K. Wyrzykowski. 3 godziny.
20. Odżywianie. Prof. Dr I. Groeer i Dr S. Progulski. 12 godzin.
21. Zarys pedagogiki praktycznej i doświadczalnej. Dr L. Bykowski. 12 godzin.
22. Zarys psychologii. Dr K. Sośnicki. 12 godzin.
23. Repetytoryum pomocy doraźnej. Doc. Dr T. Ostrowski. 4 godziny.
24. Alkoholizm, używanie tytoniu i inne zatrucia. Prof. Dr L. Popielski. 4 godziny.
25. Osiem wycieczek do szkół, zakładów opiekuńczych itp.

Od lekarzy(rek), którzy(re) zechcą wziąść udział w kursie wymaga się:

1) obywatelstwa polskiego, 2) doktoratu wszech nauk lekarskich, uprawniającego do praktyki lekarskiej, 3) przynajmniej dwuletniej praktyki zawodowej po ukończeniu studyów, 4) świadectwa zdrowia, wystawionego przez lekarza urzędowego, 5) nieprzekroczonego 35-go roku życia.

Celem ułatwienia lekarzom(kom) udziału w kursie Rada szkolna krajowa udzieli przyjętym na kurs dyet dziennych (60 Mkp.) i pokryje im koszta podróży.

Podania o przyjęcie na kurs należy wnosić, z szczegółowem curriculum vitae, do dnia 24. kwietnia b. r. do Rady szkolnej krajowej (departament IV) we Lwowie, ul. Karmelicka 4.

Ogłoszenie konkursu.

Wojewódzki Urząd Zdrowia w Łodzi rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza sądowego Okręgu Łódzkiego. Do posady tej przywiązane są pobory służbowe według VI kategoryi płac tymczasowych przepisów służbowych dla urzędników państwowych ze wszystkimi dodatkami drożyźnianymi, których wysokość zależną jest od stanu rodzinnego.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się:

1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,
2) obywatelstwem polskiem,
3) prawem praktyki lekarskiej w Państwie polskiem,
4) praktyką w zakresie medycyny sądowej.

Należycie udokumentowane podanie należy wnosić w terminie do dnia 15. maja 1920 r. do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Łodzi ul. Rokicińska Nr 53. 247

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 5. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nię z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K. = Marek 3·50.

DR. ZYGMUNT KRAMSZTYK

Odszedł na zawsze z szeregów ostatni już z dawnych przodowników walki o niezależną, własnych szukającą w medycynie torów myśl naukową polską, ostatni ze współzałożycieli polskiego kierunku filozoficzno-lekarskiego, niepospolity lekarz, umysł oryginalny, pierwszorzędny talent pisarski.

Urodzony 16. lipca 1849 w Warszawie i tamże ukończywszy gimnazjum, studjował medycynę w Szkole głównej, dyplom lekarski uzyskał w r. 1872, doktorski w r. 1879. Od r. 1873 był ordynatorem kliniki chorób ocznych, od r. 1879 ordynatorem oddziału ocznego Szpitala starozakonnych w Warszawie.

Pierwsze prace naukowe Kramsztyka z zakresu fizjologji ukazały się w druku już w czasie jego studjów w r. 1870; pierwsza praca z zakresu okulistyki wychodzi w r. 1873, a po niej następuje długi szereg cennych publikacji z tego działu; prawie jednak równocześnie, w r. 1874, rozpoczyna Kramsztyk działalność pisarską na polu, na którem największe położył zasługi i największy zyskał rozgłos, a rozpoczyna rozprawą p. t. »Teorja jestestw organicznych J. Śniadeckiego wobec dzisiejszych pojęć o życiu«. W zakresie okulistyki uwieńczył Kramsztyk swoją działalność wydaniem cenionego podręcznika; w zakresie filozofji medycyny i krytyki lekarskiej — wydaniem tomu świetnie pisanych »Szkiców krytycznych z zakresu medycyny« (Warszawa 1899), ale przedewszystkiem założeniem, redagowaniem (i utrzymywaniem z własnych funduszów) czasopisma p. t. »Krytyka lekarska«. Cel tego pisma tak określił: »Myśli samodzielnej, śmiałej a ścisłej, myśli swojskiej, służyć pragnie »Krytyka lekarska«. Staraniem jej będzie: rozbierać i rozważać zasadnicze, ogólne pojęcia naukowe, przedstawiać historję poglądów i metod, uwydatniać każdą pracę, mającą wartość naukową, wykazywać braki i wady dzieł i artykułów naukowych«. Program ten wypełniało czasopismo sumiennie i dokładnie, a z wielkim dla nauki polskiej pożytkiem, przez cały 11-letni okres swego istnienia. Obok założyciela ogłaszali tam swe rozprawy i krytyczne rozbiory najwybitniejsi nasi lekarze filozofowie, krytycy i historycy, jak Biegański, Hoyer, Nusbaum, Peszke, Bieliński, Wrzosek i i. Pisma o podobnym kierunku i typie nie wytworzył żaden inny naród.

Wybitna rola, jaką odegrał Zygmunt Kramsztyk w naszem piśmiennictwie, charakteryzuje równocześnie jego głębokie poczucie obywatelskie. Długie lata trwał u warstatu pracy publicznej; dopiero pod koniec życia, skołatany wiekiem i zrażony zawodami i różnicami poglądów, usunął się na ubocze.

Zasłużył na wdzięczność i pamięć.

C.

O niedowładzie nieskrzyżowanym (homolateralnym). [1])

Podał **Doc. Dr Stefan Borowiecki.**

(Z oddziału dla nerwowo i umysłowo chorych szpitala św. Łazarza w Krakowie. Prymarjusz: Doc. Dr Borowiecki).

Nie możemy dzisiaj wątpić, że nauka o skrzyżowanem (kontralateralnem) porażeniu połowiczem ciała, jako następstwie uszkodzenia po stronie przeciwnej okolicy ruchowej kory mózgowej lub dróg z niej wychodzących, odpowiada większości spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych. Nauka ta wraz z wiarą w niezłomne prawa lokalizacji w zakresie układu nerwowego zakorzeniła się dzisiaj tak głęboko w umysły współczesne, że zachodzi obawa, aby nie stała się dogmatem niewzruszonym i aby wszystkie fakty, nie objęte nauką o skrzyżowanem porażeniu, nie uległy zapomnieniu. A przecież, jak to z naciskiem podkreśla ze względów praktycznych chirurg Ledderhose [2]), zestawiając odnośne piśmiennictwo, w razach wyjątkowych możemy spotkać przy uszkodzeniach mózgu bardzo różnorodnych porażenia nieskrzyżowane (homolateralne albo kollateralne), a więc porażenia mózgowe połowicze, dotykające tę stronę ciała, po której znajduje się ognisko. O zjawisku tak pozornie paradoksalnem, jak to porażenie nieskrzyzowane, coraz rzadziej spotykamy wzmianki w nowszem piśmiennictwie, a jednak, jak o tem świadczy zarówno ogólnikowe zdanie Oppenheima (Lehrb. d. Nervenkrank. T. II, wyd. 6, str. 894), jak i rzeczowe zestawienie Monakowa (Gehirnpathologie, wyd. II, str. 482), sprawa tego porażenia nie została dostatecznie wyświetlona.

W piśmiennictwie, zwłaszcza dawniejszem, znajdujemy wzmianki o porażeniach występujących po stronie ogniska w mózgu; przypadki te przytaczano niekiedy, jako dowody świadczące przeciwko skrzyżowanemu połączeniu mózgu i ciała. Wiele tych wzmianek nie wytrzymuje trzeźwiejszej krytyki nowszych czasów. Po odrzuceniu tych spostrzeżeń i opisów niedokładnych pozostaje jednak pewna liczba przypadków starannie opracowanych, w których niezwykły dla porażeń połowiczych obraz anatomiczny przedstawiony jest tak dokładnie, że trudno je pominąć milczeniem.

Przypuszczenie najprostsze, iż poza ogniskiem leżącem po stronie porażenia, widocznem makroskopowo, znajduje się po stronie skrzyżowanej ognisko mniejsze przeoczone, iż mamy tam, słowem, do czynienia tylko z błędem obserwacji, nie wystarcza we wszystkich przypadkach. W niektórych z nich uznano konieczność wytłómaczenia zjawiska niedowładu homolateralnego wadą rozwojową, a więc brakiem skrzyżowania piramid lub odmiennem jego założeniem [3]). Wreszcie myślano o trzeciej możliwości, mianowicie, że porażenie nieskrzyżowane jest objawem pośrednim, odległym, wywołanym przez ognisko (guz, krwotok, ropień, rozmięknienie), leżące wprawdzie po stronie porażenia, ale uciskające czy naruszające pod jakimś względem, np. pod względem krążenia, przeważnie półkulę mózgową przeciwległą.

Że sprawa ta i ze względów praktycznych nie jest pozbawiona znaczenia, dowodzi tego przypadek, który podaje Ledderhose [2]), a w którym stwierdzono prawostronne porażenie, znaleziono zaś ognisko (haematoma subdurale) po tejże stronie. Jak widzimy zatem, nieuwzględnienie możliwości porażenia homolateralnego może dawać niekiedy powód do daremnych zabiegów operacyjnych tam, gdzie ich widoki są względnie dobre.

Pragnąc rzucić nieco światła na ważne, a tak zapomniane zagadnienia niedowładu i porażenia nieskrzyżowanego, podaję niżej 4 przypadki guzów mózgu, badane sekcyjnie, w których za życia jako jeden z objawów był spostrzegany niedowład połowiczy nieskrzyżowany.

Cztery te przypadki świadczą wymownie, że niedowład nieskrzyżowany występować może przy ogniskach rozmaicie usadowionych. Dwukrotnie znalazłem go przy guzie nerwu słuchowego, raz przy guzie półkuli móżdżkowej i raz przy guzie płatu czołowego.

Przechodząc do zastanowienia się nad mechanizmem powstawania niedowładu nieskrzyżowanego, zacznę od dwóch pierwszych przypadków, stanowiących przykłady guzów nerwu słuchowego, stosunkowo dobrze już dzisiaj znanych, a więc często, jak i tutaj, bez pomyłki umiejscowianych. Przedewszystkiem muszę podkreślić, dążąc do wytworzenia własnego zdania o niedowładzie homolateralnym wogóle, jak i niedowładzie tym, spotykanym przy guzach nerwu słuchowego, iż w obydwu przypadkach guza nerwu słuchowego był spostrzegany tutaj nieskrzyżowany mimo, iż materjału przedstawionego tutaj niedobierałem ze stanowiska istnienia tego właśnie objawu. Jestem więc skłonny przypuszczać, że objaw ten nie jest tak rzadki, jak się to w podręcznikach i monografiach o guzach tych czyta. Oppenheim [4]) mówi, opisując jeden z guzów zakąta móżdżkowo-

słuchowego (recessus acustico-cerebellaris), przedstawiający kombinację lewostronnego porażenia nerwów mózgowych z nieskrzyżowanym spastycznym niedowładem, a więc podobny do moich, iż cytuje go jako przypadek ciekawy w przeświadczeniu, że w większości przypadków guzów mostu i kąta móżdżkowo-mostowego występowało porażenie naprzemienne (hemiplegia alternans). Redlich [5]) podaje: »W pojedynczych przypadkach (Oppenheim, v. Economo) dały się stwierdzić niedowład homolateralny ze wzmożeniem odruchów i hemihypestezya o charakterze dyssocjacji«. Wbrew tej opinji wymienionych wyżej autorów rozejrzenie się w kazuistyce guzów kąta mostowo-móżdżkowego piśmiennictwa polskiego, najbardziej mi w tej chwili dostępnego, popiera moje przypuszczenia o względnej częstości niedowładu homolateralnego przy guzach tej lokalizacji. Z 4 przypadków, ogłoszonych przez Bregmana i Krukowskiego [6]), w 3 stwierdzono niedowład homolateralny, w czwartym wystąpić on nie mógł, gdyż guz rozwinął się tam po obydwu stronach. W przypadku podanym przez Hermana [7]) nie znajdujemy wprawdzie wzmianki o wyraźnym niedowładzie, występował jednak po stronie guza objaw Babińskiego. W przypadku opisanym przez Berlsteina i Nowickiego [8]) żadnych objawów miejscowych poza nerwem słuchowym nie było.

Oppenheim, omawiając w swym podręczniku objawy guzów nerwu słuchowego, przesądza poniekąd sprawę niedowładu nieskrzyżowanego, wyrażając następujące zdanie, słuszne w stosunku do innych objawów, świadczące jednak w sprawie, która nas interesuje, o niekorzystnem pomieszaniu faktów bezpośrednio spostrzeganych z teorją, te fakty wyjaśniającą: »Należy zwracać uwagę, iż działanie ucisku może się odbić na nerwach mózgowych i tworach pnia mózgowego przeciwległych, tak że odpowiednie objawy wypadnięcia czy podrażnienia wystąpić mogą obustronnie. Przez ucisk, naciągnięcie i pośrednictwo naciągniętych tętnic mogą objawy ogniskowe strony przeciwnej wystąpić nawet na plan pierwszy« (str. 1196, Lehrb. d. Nervenkrank., wyd. 6). Podobne zdanie wygłasza w sprawie objawów przy nowotworach kąta mostowo-móżdżkowego ze strony pnia mózgowego w swej monografji Bruns [9]).

Jak to wynika z tych i innych zdań wyżej wymienionych klinicystów, niedowład homolateralny przy guzach nerwu słuchowego jest tłómaczony przez nich uciskiem przeciwległej piramidy. Ze stanowiska teorji ucisku piramid trudno jednak zrozumieć, dlaczego przy guzach nerwu słuchowego porażenie bywa stosunkowo często jednostronne, a jeśli już ucisk ma się rozszerzać na piramidę przeciwległą w tak znacznym stopniu, dlaczego niema on dotykać choć w lżejszym stopniu piramidy nieskrzyżowanej. Pożądane jest zatem dalsze rozważanie sprawy niedowładu homolateralnego, przyczem umiejscowienie ognisk w przypadkach tego niedowładu może mieć pierwszorzędne znaczenie dla teorji jego powstawania. Pod tym względem może posunąć naprzód analizę niedowładu nieskrzyżowanego przypadek III, — dający nam w zespole objawów znowu niedowład homolateralny: jestto guz o lokalizacji nieco odmiennej, a jednak pod niejednemi względami pokrewnej. Przypadek ten przedstawia guz okolicy pobliskiej, mianowicie guz namiotu móżdżku i prawej półkuli móżdżku, zastanowić więc musi każdego, czy sprawa niedowładu nieskrzyżowanego nie wiąże się z jakąś fizjologiczną właściwością tej okolicy i czy wszystko, co się da o nim powiedzieć, nie da się odnieść i do przypadków poprzednich. Wprawdzie Oppenheim i przy guzach móżdżku zadowalnia się twierdzeniem, że niedowład bywa tam albo skrzyżowany albo nieskrzyżowany zależnie od tego, czy ucisk dotyka przeważnie piramidy po tej samej stronie, czy po stronie przeciwnej, niemniej jednak sprawa nie przedstawia się tak prosto, gdyż właśnie ogniskom w móżdżku przypisywano zdolność wywoływania niedowładów nieskrzyżowanych. Jestto zasługą Manna [10]), Pinelesa [11]), że zwrócili oni uwagę na trudność i sztuczność tłómaczeń niedowładu nieskrzyżowanego, spostrzeganego przy guzach móżdżku, uciskiem przeciwległej piramidy. Autorzy ci, jaki Duret, Stewart i Holmes [12]), opierają się z jednej strony na spostrzeżeniach klinicznych, z drugiej strony podkreślają wyniki nowszych badań doświadczalnych nad móżdżkiem (Luciani, Russel i inni), stwierdzające objawy ruchowe (ataksję, myastenję i t. d.) przy uszkodzeniach móżdżku po stronie uszkodzenia. Na podstawie zestawienia badań klinicznych i fizjologicznych autorzy ci dążą do wyodrębnienia typu niedowładów i porażeń połowiczych móżdżkowych.

Pineles, zestawiając nowsze piśmiennictwo, znalazł na 20 przypadków guzów móżdżku w 14 zaburzenia ruchowe po stronie skrzyżowanej, a w 7 przypadkach ognisk rozmięknienia w móżdżku tylko w 2 objawy skrzyżowane, również w 3 przypadkach izolowanego uszkodzenia ramienia mostu objawy były nieskrzyżowane. Podobnież Monakow, zresztą nie podzielający zapatrywań Manna i Pinelesa, podaje, że spostrzegał nieznaczną słabość ruchową kończyn po stronie ogniska w 2 przypadkach zniszczenia ramienia mostu przez wrastający nowotwór. Cechą charakterystyczną tych niedowładów ma być osłabienie ruchowe, dotykające równomiernie całą kończynę, przypominające objaw myastenji móżdżkowej, opisany przez Lucianiego. Osłabienie to nie ogarnia twarzy i języka, a jego cechą charakterystyczną jest, według Manna, wiotkość, brak stanów spastycznych i objawu Babińskiego; towarzyszyć mu ma również połowiczy zanik mięśniowy. Niekiedy wiąże się z niedowładem móżdżkowym hemianestezja i hemiataksja.

Zapatrywania Manna, Pinelesa, Stewarta i Holmesa nie spotkały się dotychczas z uznaniem większości klinicystów (Bruns, Monakow, Oppenheim, Redlich i inni), sądzę jednak, że sprawa ta daleką jest od załatwienia ostatecznego i nadaje się do ponownego gruntownego rozważenia. Zmienność poglądów różnych autorów zdaje się pochodzić z jednej strony stąd, że sprawa niedowładu nieskrzyżowanego, jak i niedowładu móżdżkowego, przeważnie nie były traktowane same przez się, lecz raczej przygodnie mimo to, że wymagają one sprawdzenia na większym materjale specyalnie w tym kierunku gromadzonym, z drugiej strony dlatego, że same objawy, o jakie tutaj idzie, trudne są do analizy i różnie mogą być przez różnych autorów opisywane.

Wprawdzie przy guzach móżdżku, jak i guzach nerwu słuchowego, liczne czynniki mogą zaciemniać pochodzenie niedowładu homolateralnego, jaki w nich możemy spostrzegać, sądzę jednak, że w sprawie powstawania niedowładu nieskrzyżowanego nie powinniśmy się trzymać z uporem teorji ucisku przeciwległej piramidy i że możemy ten niedowład, jeśli nie całkowicie, to przynajmniej w pewnym stopniu przypisać móżdżkowi. Gdy ucisk piramidy przeciwległej jest tylko przypuszczeniem, nie opartem na żadnej, dotychczas nawet makroskopowo nie narzucającej się zmianie, to wgniecenie mostu Warola, okolicy ramienia mostu i ucisk móżdżku po stronie niedowładu »mutatis mutandis« dały się niewątpliwie stwierdzić we wszystkich trzech przypadkach. Za rolą dominującą móżdżku przemawia dalej stosunkowa częstość niedowładów homolateralnych przy guzach nerwu słuchowego, jak i móżdżku (Pineles), a także ich odrębność oraz zespół objawów, w jakim one występują. Nie jestto chyba dziełem przypadku, że z 4 przypadków niedowładu nieskrzyżowanego, spostrzeganych przezemnie, 3 odnoszą się do okolicy móżdżku i że, chcąc pisać o niedowładzie nieskrzyżowanym, czułem się zmuszony poruszyć sprawę kwestionowanego istnienia niedowładu móżdżkowego. Poza tą względną częstością niedowładów nieskrzyżowanych przy ogniskach w okolicy móżdżku przemawia ich odrębność, jeśli nie za całkowitem, to przynajmniej za częściowem ich pochodzeniem móżdżkowem.

Spotkać mnie tu może zarzut, że obrazy spostrzegane przezemnie niezupełnie odpowiadały obrazowi, naszkicowanemu przez Manna. Jak to zaznaczyłem, cechą niedowładu móżdżkowego Manna ma być wiotkość, brak stanów spastycznych i objawu Babińskiego, a nawet połowiczy zanik mięśniowy. Otóż niewątpliwie tylko jeden ze spostrzeganych przezemnie guzów nerwu słuchowego odpowiadał niemal całkowicie opisowi Manna, w drugim natomiast był zachowany objaw Babińskiego i odruch kolanowy był wzmożony, również w przypadku trzecim guza półkuli móżdżkowej i namiotu był objaw Babińskiego i Oppenheima. Niemniej we wszystkich trzech przypadkach brak było spastyczności, charakterystycznej dla porażeń mózgowych. Ze wspomnianych wyżej trzech przypadków Bregmana i Krukowskiego we wszystkich znajdują się odruchy wzmożone po stronie niedowładu, w jednym objaw Babińskiego, w żadnym natomiast nie zauważono padaczkowego drgania stopy (clonus pedis), w jednym zaś tylko wspomniano o zwiększonem napięciu mięśniowem. W przypadku Hermana nie spostrzegano różnic w napięciu ani osłabieniu, był natomiast objaw Babińskiego. We wspomnianym natomiast wyżej przypadku Oppenheima stwierdzono wyraźny niedowład spastyczny ze wszystkiemi jego objawami, nawet z objawem stopowym (clonus pedis).

Jak widzimy z powyższego, w przypadkach niedowładu nieskrzyżowanego spostrzegano odruchy różne, rzadkie jednak są wzmianki o objawie stopowym i o wzmożonem napięciu mięśniowem kończyny porażonej. Jeśli więc mamy prawo przedstawione tutaj przypadki niedowładu homolateralnego nazwać choć w części przypadkami niedowładu móżdżkowego, możemy zgodzić się z twierdzeniem Manna, iż naogół cechą tych niedowładów jest ich wiotkość i brak wzmożonego napięcia mięśniowego, uzupełnić je jednak musimy zastrzeżeniem, że nie jest

wykluczone, iż odruchy mogą być przy nich rozmaite i często mogą być podobne do odruchów przy porażeniach mózgowych. Zastrzeżenie to nie kwestjonuje, zdaniem mojem, przypuszczenia o częściowem pochodzeniu móżdżkowem niedowładów nieskrzyżowanych, jakie tutaj przedstawiłem, lecz tylko skłania się do rozszerzenia nieco symptomatologji niedowładów odnoszonych do móżdżku; na korzyść tego rozszerzenia przemawiają również fakty, znane nam z fizjologji.

Rozważając sprawę odrębności niedowładów móżdżkowych, myślę, że nie od rzeczy będzie przypomnieć tu kilka faktów z fizjologji. Z jednej strony pozwolą nam one spokojnie rozpatrywać możliwość częściowego pochodzenia móżdżkowego niektórych przypadków niedowładu nieskrzyżowanego pomimo odruchów wzmożonych, objawu Babińskiego i objawu stopowego, z drugiej strony wskażą nam u zwierząt poza różnicami analogje pomiędzy niektóremi objawami po usunięciu półkuli mózgowej i usunięciu półkuli móżdżkowej, a analogje te rzucą światło na trudności rozpoznawcze zaburzeń móżdżkowych u człowieka. Przedewszystkiem więc dowiadujemy się z fizjologji, że po doświadczalnem usunięciu półkuli móżdżkowej — odruchy u zwierząt są po stronie uszkodzenia wzmożone (Lewandowsky [13]), Luciani, Russel) pomimo istnienia atonji, a więc zmniejszonego napięcia mięśniowego, odruchy same przez się nie mogą więc nas pouczać co do stanu napięcia mięśniowego. Dopóki mechanizm powstawania wymienionych odruchów nie jest dostatetecznie poznany i nie możemy w nim wykluczyć takiego lub innego udziału móżdżku, nie jesteśmy w stanie wyciągać, zdaniem mojem, jakichkolwiek bezwzględnie pewnych wniosków przeciwko istnieniu niedowładu móżdżkowego jedynie na podstawie odruchów wzmożonych, objawu Babińskiego lub nawet objawu stopowego. Objawem zasadniczym niedowładu móżdżkowego jest zmniejszone napięcie mięśniowe — atonja, która nie musi iść równolegle z zachowaniem się odruchów, o ile zaś napięcie mięśniowe jest wzmożone, o ile mamy objaw stopowy lub objaw Babińskiego, świadczyć one mogą jedynie, jeśli staniemy na stanowisku współczesnej nauki o odruchach u człowieka, o powikłaniu obrazu niedowładu pochodzenia móżdżkowego obrazem niedowładu zależnego od ucisku piramid.

Drugi fakt pierwszorzędnej wagi, który musimy tu sobie uprzytomnić z zakresu fizjologji móżdżku, to obecność u zwierząt z uszkodzeniami móżdżku zaburzeń, wskazujących na zaburzenia czucia mięśniowego, zaburzeń, tak podkreślanych przez Lussanę i Lewandowskiego. Zwierzę takie nie koryguje mianowicie położeń niedogodnych, w jakich się kończyny znajdują: pozwala, aby łapa przy staniu dotykała grzbietem podłogi, nie podnosi kończyny zwisającej z muru, na którym leży i t. d. Otóż zaburzenia podobne, tylko w większym jeszcze stopniu, opisane zostały u zwierząt po usunięciu półkuli mózgowej. Fakt ten, który sam mogłem niejednokrotnie u zwierząt operowanych spostrzegać, przytaczam jako przykład trudności różniczkowania niektórych objawów mózgowych i móżdżkowych, a więc objawów, mających niewątpliwie odmienny mechanizm, znany nam już z fizjologji. Nie inaczej rzecz się przedstawia, zdaniem mojem, u człowieka. Sądzę, że nie można z całą pewnością wyodrębnić zaburzenia, nazwanego przez Babińskiego [14]) adiadochokinezą (utrudnienie kolejnego wykonywania pewnych ruchów, np. ruchów pronacji i supinacji przedramienia w kończynach nieporażonych), od niedowładu wiotkiego — astenji móżdżkowej, z drugiej strony adiadochokineza i ślad bezładu statycznego nie zawsze dadzą się z całą pewnością odróżnić od niedowładu mózgowego lekkiego stopnia. Przypuszczam też, że nieuwzględnianie dostateczne możliwości tych podobieństw zaburzeń mózgowych i móżdżkowych doprowadziło wielu klinicystów do tak jaskrawie negatywnego stanowiska względem Manna. Wszak Oppenheim pisze o homolateralnej hemiataksji, jako o objawie dość częstym i typowym dla guzów móżdżku, jak i guzów nerwu słuchowego, nasuwa się więc sama przez się myśl, czy niedowład móżdżkowy Manna w badaniu Oppenheima nie okazałby się tylko bezładem połowiczym.

Powiedziałbym dalej, że cechą odrębną niedowładu homolateralnego, który byłbym skłonny odnosić do móżdżku, jest jego słabe natężenie oraz rozmieszczenie w różnych grupach mięśniowych, charakteryzujące się lekkiem upośledzeniem całej kończyny, nietylko jej części obwodowych (distalnych).

Wreszcie zdarzają się przypadki, gdzie sam zespół objawów wskazywać może na możliwość pochodzenia móżdżkowego niedowładu homolateralnego. Należy tu przypomnieć częstą kombinację objawów niedowładu z bezładem w ruchach czy w spokoju. Objawy niedowładu i bezładu mogą przytem występować niekoniecznie w jednej i tej samej kończynie: spostrzegałem przypadek, w którym w kończynie górnej był ślad adiadochokinezy — w dolnej ślad niedowładu, lub też, w górnej kończynie samoistny objaw zbaczania z osłabieniem tej kończyny — w dolnej objaw niedowładu w ruchach i odruchach. Podobnież kombinacja lekkiego niedowładu z objawem samoistnego zbaczania zdarza się dość często.

Streszczając zatem wyniki dotychczasowych rozważań, można powiedzieć z pewnem prawdopodobieństwem, że niedowład nieskrzyżowany, jaki w trzech pierwszych opisanych tutaj przypadkach był spostrzegany, jeśli nie całkowicie, to przynajmniej w części — i to może w dość znacznej części — jest zależny od udziału móżdżku, względnie jego dróg. Wzięcie pod uwagę wymienionych tutaj danych z piśmiennictwa, fizjologji oraz patologji przemawia za istnieniem odrębnej kategorji niedowładów nieskrzyżowanych pochodzenia móżdżkowego, które wyjątkowo jednak tylko pojawiają się w swej czystej postaci.

Pozostaje nam zatem do rozpatrzenia przypadek czwarty, a więc przypadek guza płatu czołowego, w którym wśród zespołu objawów występował również lekki niedowład nieskrzyżowany. Jego ślad nie zatarł się w tym przypadku nawet w okresie, w którym objawy ze strony przeciwnej ciała nie ulegały już najmniejszej wątpliwości. Wgniecenie i przesunięcie płatu czołowego przez guz w lewo i ku tyłowi nasuwa tutaj w pierwszej linji przypuszczenie najpopularniejsze, iż niedowład nieskrzyżowany powstał wskutek ucisku dotykającego okolicę ruchową kory mózgowej po stronie skrzyżowanej w stopniu większym, niż inne części mózgu. Niemniej wobec niedostatecznej znajomości fizjologicznej płatu czołowego pożądane byłoby dalsze zbieranie materjału kazuistycznego z ogniskami w płacie czołowym celem ustalenia, czy podobny czynnik wystarcza w tym przypadku dla wytłómaczenia niedowładu nieskrzyżowanego. Sądzę jednak, że nawet przy zupełnem uznaniu ważności mechanicznego ucisku należy w rozpatrywanym przypadku zastanowić się nietylko nad uciskiem piramidy skrzyżowanej, lecz w równej mierze biorąc pod uwagę rozpatrywane wyżej znaczenie móżdżku dla powstawania niedowładu nieskrzyżowanego, nad możliwością ucisku nieskrzyżowanej półkuli móżdżkowej czy też dróg móżdżkowych. Teoretycznie możnaby przypuścić, że niedowład nieskrzyżowany w ostatnim przypadku ma swoje źródło w ucisku piramidy skrzyżowanej i półkuli móżdżku nieskrzyżowanej. Ze swej strony powiedziałbym, że na korzyść przypuszczenia o pochodzeniu nieskrzyżowanego niedowładu z ucisku przeciwległej piramidy przemawia fakt, iż zjawiska porażne i zmiany w odruchach, wprawdzie wyraźniejsze po stronie ogniska, spostrzegano tu i po drugiej stronie. Nie powinniśmy jednak również zapominać, że płat czołowy jest punktem wyjścia drogi czołowomostowej (tractus fronto-pontinus), łączącej go przez pośrednictwo istoty szarej mostu z móżdżkiem, pozostawałoby zatem do wyjaśnienia, jaki jest stosunek niedowładu homolateralnego do płatu czołowego i jego dróg. W każdym razie obraz kliniczny niedowładu nieskrzyżowanego, spostrzeganego w tym przypadku, zwłaszcza w okresie początkowym, przypominał bardzo wspomniany obraz niedowładu nieskrzyżowanego omawianego wyżej, który skłonny byłbym odnosić choć w części do móżdżku.

Rzucając okiem wstecz na 4 przedstawione tutaj przypadki niedowładu nieskrzyżowanego, nadmienię, że Monakow (Gehirnpathologie, wyd. II, s. 483), poddając przeglądowi kazuistykę, podaną przez Ledderhosego, podkreśla w niej stosunkową częstość ognisk na podstawie mózgu, w płacie czołowym i potylicy, a więc w okolicach, które zazwyczaj nie służą za podłoże do powstawania porażenia czy niedowładu połowiczego. Ze swej strony zaznaczyłbym dodatkowo, iż ogniska, leżące na podstawie mózgu i w potylicy, stosunkowo często dotykać mogą w większym stopniu, niż inne części mózgu, móżdżek lub jego drogi. W jaki sposób ogniska płatu czołowego wywoływać mogą niedowład homolateralny, jest zagadnieniem bardzo trudnem. Wprawdzie na podstawie przedstawionego wyżej przypadku ognisko płatu czołowego, jak się zdaje, może wywołać ucisk piramidy przeciwległej, z drugiej strony niewyjaśniona pozostaje dotychczas rola dróg czołowomostowych w powstawaniu niedowładu nieskrzyżowanego, jaki przy ogniskach tej okolicy może się pojawiać.

Na zakończenie zaznaczę raz jeszcze zasadnicze myśli, jakie tutaj mi się nasunęły z powodu niedowładów nieskrzyżowanych, spostrzeganych przy ogniskach tylnej jamy czaszkowej: 1) Niedowład nieskrzyżowany może zależeć nietylko od błędu obserwacji, wadliwego założenia piramidy, ale nadto od móżdżku, możliwość ta zdaje się nawet znacznie zacieśniać zakres innych możliwości. 2) Niedowład nieskrzyżowany, jaki możnaby odnieść do móżdżku, wykazuje szereg cech odrębnych (wiotkość, upośle-

dzenie całej kończyny, występowanie z innemi objawami móżdżkowemi, słabe natężenie), niemniej jednak staje się często wskutek nieznaczności zaburzenia źródłem nieporozumienia co do swej istoty i stąd pochodzi, iż to, co jedni mogą uważać za niedowład, przez innych może być uważane za bezład statyczny lub adiadochokinezę. 3) Ze względu na uniknięcie nieporozumień uważałbym za najwłaściwsze wprowadzić dla określenia niedowładu homolateralnego pochodzenia móżdżkowego nazwę hemiastenji, podkreślając w ten sposób z jednej strony analogję pomiędzy wynikami doświadczeń fizjologicznych oraz spostrzeżeniami klinicznemi, akcentując z drugiej strony odrębność tego niedowładu od niedowładów pochodzenia móżdżkowego.

Nie przeczę, że twierdzenia wypowiedziane tutaj mogą w pierwszej chwili kogoś zadziwić, sądzę jednak, że są one conajmniej dość uzasadnione, aby być początkiem dalszych badań we wskazanym kierunku. Bez wątpienia podjęte tu być mogą i powinny dalsze badania, nietylko kliniczne, ale anatomopatologiczne.

Niewątpliwie guzy nie są najlepszym materyałem do studjowania zasad lokalizacji, niemniej w znacznej mierze zmuszeni jesteśmy u człowieka na tym właśnie materjale poprzestać. Zadanie poznania zjawisk fizjologicznych jest tu stale komplikowane przez zadanie poboczne śledzenia zasad rozszerzania się ucisku w mózgu, które narzuca się nam samo przez się. Ryzykowne byłoby jednak dedukować objawy kliniczne wyłącznie z niektórych objawów nawet spostrzeganego ucisku, poznanie objawów winno być zadaniem równoległem do poznania praw ucisku śródczaszkowego. Nawet stwierdzenie objawów ucisku przeciwległej piramidy nie powinno nam zamykać oczu na zjawiska, które do niego nie mogą być odniesione. W sprawie, którą tutaj przedstawiłem, uważałbym za klasyczny i najzrozumialszy przykład guza którejś z półkul móżdżku, który daje pod względem klinicznym obraz niedowładu typu mózgowego po stronie przeciwnej oraz zespół objawów móżdżkowych po stronie ogniska. Przypadki podobne są nam znane. Doświadczenie kliniczne poucza nas jednak, jak to wyżej chciałem przedstawić, że w dość znacznej liczbie spotykamy się z przypadkami, w których objawy móżdżkowe po stronie ogniska są zaćmione mniej lub więcej przez niektóre z objawów charakterystycznych dla porażeń mózgowych. Wyobrażam sobie, że w przypadkach tych zespół objawów móżdżkowych został zakryty przez zaburzenia zależne od ucisku piramid; jądro tego zespołu móżdżkowego, zmienione niemal nie do poznania, zawsze prawie da się jednak wyłuskać. Stanowi go astenja połowicza po stronie ogniska ze wszystkiemi wspomnianemi wyżej cechami, zazwyczaj nie dopuszczająca do rozwinięcia się zwykłego obrazu niedowładu spastycznego typu mózgowego. Jako dowód słuszności wygłoszonych tutaj zapatrywań zacytowałbym przypadek guza móżdżku w dość wczesnym okresie, w którym poza objawami ogólnemi znalazłem: osłabienie odruchów spojówkowych i rogówkowych wyraźniejsze po stronie lewej, lekką astenję kończyn po stronie lewej i objaw samoistnego zbaczania ku wewnątrz po tejże stronie bez jakichkolwiekbądź różnic w odruchach. W przypadku tym nikły objaw astenji wystąpił niemal na plan pierwszy. Ten objaw astenji aż do późniejszych okresów utrzymał się w swej czystości w jednym z omawianych tutaj guzów nerwu słuchowego, w którym żadnych różnic w odruchach nie można było również zauważyć.

[1]) Odczyt z demonstracjami wygłoszony dnia 18. II. 1920 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Ze względu na konieczność streszczania się w odczycie opuszczone zostały rozmyślnie historje chorób.

[2]) Arch. f. klin. Chir. 1895. [3]) Charcot et Pitres. Les centres moteurs corticaux chez l'homme. Paris 1895. — Flechsig. Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen. Leipzig 1876. S. 273. [4]) Oppenheim. Beiträge z. Diagnostik u. Therapie der Geschwülste im Bereich des centralen Nervensystems. Berlin 1907. S. 32. [5]) Redlich E. Hirntumor. Handb. d. Neur. v. Lewandowski, III Bd. Spez. Neurol., II. S. 607. [6]) Neurologia polska, t. I i II, 1911. [7]) E. Herman. Medyc. i Kron. lek. 1917. [8]) Lwowski Tygodnik lek. r. 1912. [9]) Die Geschwülste der Nervensystems. Karger-Berlin. S. 218. [10]) Mon. f. Psych. 1902. [11]) Z. Lehre v. d. Funktionen des Kleinhirns. Obersteiners Arb. Wien 1899. [12]) Brain 1914. [13]) Lewandowsky M. Die Funktionen des zentralen Nervensystems. Jena 1907. S. 185 i 159. [14]) J. Babiński. Revue mens. de Méd. int. et de Ther. Mai 1909.

O teorji nerwic i nerwowości Adlera

podał

Dr Maksymiljan Blassberg (Kraków).

(Podług wykładu wygłoszonego d. 6. V. 1920 w Krakowskiem Towarzystwie neurologiczno-psychiatrycznem).

Neurolog wiedeński Alfred Adler stworzył w nauce kierunek, który nazwał »porównawczą psychologią indywidualną«. Gdy w przeważnej większości psychologowie obserwują i zbierają lub doświadczalnie wytwarzają zjawiska, ujmują i grupują je potem w schematy i systemy — to Adler, przyjmując jedność indywidualności, stara się uzyskać jednolity obraz psychologii osobniczej na podstawie poszczególnych duchowych przejawów i form wyrażania się. Ta szkoła psychologii indywidualnej, do której prócz jej twórcy Adlera należą między innymi Furtmüller, Strasser, Wexberg, Asnaourow, Maday, Dück, Kaus, Appelt, Thalberg, Kramer, Lint, Oppenheim i wielu innych, stawia sobie zatem za zadanie badać wszystkie przejawy psychiczne w ich łączności jednolitego tworzenia się u danego osobnika. Szkoła ta twierdzi, że już w życiu duchowem dziecka wytycza się pewien cel i pewne linie kierunkowe i wszelkie zjawiska, jakie u danego osobnika spotykamy, odpowiadają planowej linii życiowej. Przez wyjaśnianie ukrytego, nierozpoznanego planu życiowego i rewizyę jego stara się szkoła ta wzmocnić poczucie prawdy i działać z jednej strony pedagogicznie, a z drugiej leczniczo przez to, że stara się zboczenia chorobowe lub antyspołeczne usunąć przez zmianę systemu i światopoglądu, który sobie dany osobnik sam wytworzył. Według Adlera osobnik nerwiczy kształtuje swoją nerwicę według schematu, a zadaniem analizy psychologicznej lekarza i pedagoga jest wykrycie tego schematu.

Teorya nerwic Adlera dąży do zbadania i wyjaśnienia tego stanu, który się nazywa nerwowością i charakteru, zwanego nerwowym. Wkracza ona szerokim strumieniem zarówno w dziedzinę lekarską chorób nerwowych i umysłowych, jak i w dziedzinę psychologii i pedagogii. Jest ona oparta na metodzie psychoanalitycznej, stworzonej przez lekarzy wiedeńskich Breuera i Freuda, a stawia sobie za zadanie dotrzeć do zrozumienia objawów nerwiczych i charakteru nerwiczego przez to, że stara się zbadać i zrozumieć o ile możności całokształt indywidualnych wrażeń i obraz o świecie, jaki sobie urobił osobnik nerwiczy. Podstawą zapatrywań tej teoryi jest zasadniczy pogląd, empirycznie zdobyty, że cechą wszelkich przejawów duchowych i działań jest jakiś cel. Nie jesteśmy, według Adlera, zdolni myśleć, czuć, chcieć ani działać bez jakiegoś przyświecającego nam celu, a każdy przejaw duszy, jeżeli ma nam dać zrozumienie jakiegoś osobnika, musi być pojęty i zrozumiany jako przygotowanie do jakiegoś celu. Jeżeli poznaliśmy cel jakiejś czynności psychicznej lub jakiegoś planu życiowego, to musimy od wszystkich ruchów częściowych oczekiwać, że będą się one zgadzać z wytyczonym celem i planem życiowym. Jeżeli u osobnika nerwiczego, u którego na pewno wykluczone są przyczyny organiczne, wystąpi np. osłabienie pamięci, to Adler zadaje sobie pytanie: do czego zmierza to osłabienie pamięci? I znajduje np. po dokładnych badaniach, że osobnik ten dąży do udowodnienia sobie samemu i innym, że z jakichś motywów, które muszą być niewymienione lub nieświadome, ale dla których osłabienie pamięci jest bardzo skuteczną bronią, musi on odsunąć i uchylić się od jakiegoś czynu, rozstrzygnięcia lub postanowienia, jak np. od zmiany zawodu, studjum, egzaminu, ożenku i t. p. W tym wypadku osłabienie pamięci zostało zdemaskowane, jako broń w walce przeciw ulegnięciu i przy każdem badaniu takiego zaburzenia pamięci będziemy właśnie oczekiwać tego defektu, który należy do tajnego planu życiowego danego osobnika.

Na powstanie nerwowego charakteru składają się według Adlera dwa czynniki: 1) wybitne uczucie własnej mniejszej wartości (Minderwertigkeitsgefühl) w stosunku do otoczenia, które rozpoczyna się już w wieku dziecięcym i jest uczuciem nieznośnem dla dziecka, 2) psychiczna reakcja wynikła z uczucia własnej mniejszej wartości, przejawiająca się w przesadnych usiłowaniach wyrównawczych, wiodących do przesadnego samopoczucia własnej osoby (Persönlichkeitsgefühl). Droga do celu, którym jest podniesienie osobowości (Erhöhung der Persönlichkeit), prowadzi przez charakterystyczne dla danego osobnika koleje, które Adler nazywa liniami wytycznemi (Leitlinien).

Uczucie własnej mniejszej wartości u dziecka ma dwa źródła: 1) Jedno główne źródło tkwi we wrodzonej wadliwości i mniejszej wartości poszczególnych narządów (Organminderwertigkeit). Adler przyjmuje tedy jako podstawę nerwic konstytucyonalne obciążenie ustroju. 2) Drugiem źródłem poczu-

cia mniejszej wartości są przyczyny społeczne, szczególne warunki środowiska i wpływ szczególnych przeżyć.

Mniejsza wartość narządu polega na defekcie, który jest następstwem powstrzymanego rozwoju lub zmiany jakiegoś narządu lub jego części. W miarę rozwoju osobnika i w miarę działających bodźców życiowych ta mniejsza wartość narządu zostaje w mniejszym lub większym stopniu pokonana, tak że w ostatecznym wyniku daje ona następujące różne stopnie i okresy: niezdolność życiowa, nieprawidłowość kształtu i czynności, nieodporność i skłonność do chorób, wyrównanie w danym narządzie, wyrównanie przy pomocy innego narządu, wyrównanie przez wygórowaną konstrukcyę psychiczną (psychischer Überbau), nadmierne wyrównanie (hyperkompenzacya) organiczne i psychiczne. Takie pokrywanie defektu przez spotęgowanie wzrostu i czynności, przez wyrównanie może w korzystnych warunkach doprowadzić do przesadnie wygórowanego wyrównania, a to zwykle pociąga także za sobą spotęgowany rozwój ośrodkowego układu nerwowego. Często wyrazem zewnętrznie widocznym mniejszej wartości są t. zw. cechy zwyrodnienia albo znaki (stigmata), którym dotychczas albo nie przypisywano żadnego znaczenia, albo uważano za znaki ogólnego zwyrodnienia. Tymczasem Adler twierdzi, że one, jako zewnętrzne znaki, wskazują, który narząd jest mniejszej wartości, a więc wskazują czy to na oko, czy na ucho, czy na narząd oddechowy, moczowo-płciowy lub przewód pokarmowy. Do takich znaków zalicza on np. zniekształcenia ucha, nieprawidłowości barwikowe tęczówki, zniekształcenia kończyn dolnych i narządów płciowych, jak np. wnętrostwo (kryptorchismus), spodziectwo (hypospadiasis), różne znamiona i brodawki oraz różne objawy nieprawidłowe, jak np. mimowolne moczenie nocne, a nadto zaburzenia w odruchach a zwłaszcza błon śluzowych poszczególnych narządów, jak np. odruchu podniebiennego. Narząd mniejszej wartości potrzebuje dłuższego czasu, aby dojść do prawidłowej czynności i przytem przechodzi szereg zaburzeń, których pokonanie wymaga spotęgowanej pracy mózgowej. Ta mniejsza wartość narządów, często podczas wieku dziecięcego wpada w oczy i część ich nazywana jest przez pedagogów wadami dziecięcemi. Stany nieprawidłowe, wynikające dla dziecka z mniejszej wartości narządów, są bardzo rozmaite, jak np. późne wyuczenie się mowy, fałszywe dźwięki mowy, jąkanie się, mruganie, zezowanie, złe wydzielanie, skłonność do wymiotów, ssanie palców, leniwe i oporne jedzenie, a dalej niezgrabność, niezręczność, nadwrażliwość nerwowa, przedwczesna dojrzałość, mańkuctwo, brzydota, oraz różne słabości, choroby i skłonności do chorób. Taki stan mniejszej wartości narządów wywiera stały wpływ na duszę dziecka, na jego myśli, czyny, skłonności, zdolności, zamiłowania i wybór zawodu. W snach i fantazyach dziecięcych uwidocznia się dążenie do podniesienia i spotęgowania przyjemności, pochodzącej z mniejwartościowego narządu. Wszystkie siły psychiczne, zabezpieczające dziecko, które służą do wyrównania wad, są stale czynne. Chodzi tu mianowicie o przewidywanie, obmyślanie, pamięć, intuicyę, wczuwanie się, uwagę, nadwrażliwość i tym podobne stany. Niekiedy taka wada dziecięca zostaje pokonana i przytłumiona na tak długo, dopóki panują warunki na ogół prawidłowe i spokojne. Przy większych wysiłkach psychicznych jednak na nowo się uwydatnia. Tak np. może mruganie występować tylko przy jaskrawem świetle, zezowanie tylko przy pracy z bliska, jąkanie się przy rozdrażnieniu, wymioty w przebiegu afektów i t. p.

Na ogół zatem z tej sfery niepewności osobnik nerwowy wychodzi przytłoczony konstytucjonalną mniejszą wartością, a cały jego sposób chcenia i myślenia wybudowuje się na podstawie uczucia własnej mniejszej wartości.

Uczucie własnej mniejszej wartości utrudnia w znacznym stopniu włożenie się dziecka w warunki i wymogi kultury i wywołuje częste konflikty z otoczeniem. Ażeby usunąć to przykre uczucie, dziecko zaczyna już wcześnie robić usiłowania celem uzyskania pewnego punktu oparcia wobec otoczenia i zaczyna ważyć i oceniać stosunek swoich zdolności do problemów życiowych. Celem tęsknoty dziecka w tych warunkach jest być wielkim, być mocnym, być męskim, być na górze. Ten cel obrazuje i symbolizuje sobie dziecko w wyborze osoby z otoczenia, najczęściej ojca, a całe zachowanie się dziecka, jego postawa, giesty, zabawy, życzenia, marzenia, ulubione bajki i myśli o przyszłym zawodzie są wyrazem tendencji wyrównawczej i przygotowania do przyszłej roli życiowej. Dziecko, mające poczucie własnej mniejszej wartości, niezdolności, słabości, małości i niepewności, doznaje uczucia przykrego i niezadowolenia. Także niepewność dziecka co do swej obecnej i przyszłej roli płciowej odgrywa w powstawaniu nerwic ważną rolę. Zaczyna się ona już około 4. roku życia. Bezpośrednio nie dostaje dziecko wyjaśnienia w tym względzie i jest skazane samo na siebie. Nie znając znaczenia narządów rodnych, stwarza sobie najrozmaitsze teorye. Różnicę płci widzi dziecko w ubraniu, we włosach, we własnościach cielesnych i umysłowych. Ale tu nasuwają mu się liczne wątpliwości. Wielu chłopców bowiem nosi sukienki i ma długie włosy. Dziewczęta nazywa się istnymi chłopakami lub stworzonemi na chłopca. Ganiąc dzieci, nazywa się je babami, a chwali się męstwem i męskością. Stąd powstaje i potęguje się u dziecka silna obawa, że przypadnie mu rola w życiu, którą się uważa za niemęską, kobiecą i niższą. Stąd też powstaje w niem tendencja wyrównawcza, niejako męski protest, zdążający do chęci górowania i do wywyższenia poczucia własnej osoby. Ta formuła z nieznaczną modyfikacją dotyczy dzieci obojga płci. Dziewczynka, która sobie zdaje sprawę z tego, że jej rola płciowa jest inna, ustanawia sobie inną formułę, mniej więcej tej treści, że skoro już nie może być mężczyzną, to chce jako kobieta panować i podbijać, chce być królową, księżniczką, wielką panią itp. Tendencja pójścia po linii męskości opanowuje całą psychiczną budowę nerwic i ich objawów. Ona uwydatnia się w dziecięcych konfliktach, życzeniach, planach, w perspektywach na przyszłość, w myślach o przyszłym zawodzie i przyszłem małżeństwie.

Jak widzimy zatem, na ujemnej ocenie samego siebie buduje dziecko swój plan życiowy. Planu tego trzyma się ono tem silniej, im silniej pcha go uczucie własnej niższości do kompenzacyi. Plan życiowy jest ostateczną wytyczną linią kierunkową dla jego woli i życzeń i dąży ono do jego urzeczywistnienia wśród realnego życia, przynoszącego nawałę i chaos najrozmaitszych faktów. Przez wytyczenie sobie takiej linii kierunkowej i przez skupienie wszystkich swoich myśli i czynów na tej linji oddala się dziecko szybkiemi krokami od realnego życia i znajduje się na linii fikcyjnej. Dzięki swemu uczuciu niepewności i z obawy przed wszelką nowością i przed wszystkiem, co stanowi dla niego decyzję lub przeszkodę do pokonania, zrzeka się ono rozstrzygania realnych kwestyj bez uprzedzeń, a ograniczenia, narzucane mu przez rzeczywistość sprawiają, że neurotyk fikcję swoją zmienia, ale jej nie usuwa. Neurotyk balansuje w życiu realnem na linii fikcyjnej, wytworzonej przez siebie i tą drogą dochodzi do rozdwojenia swojej osobowości, chcąc uczynić zadość równocześnie postulatom realnym i imaginacyjnym. Pacyent psychotyczny tem się różni od neurotyka, że usiłuje jeszcze konsekwentniej zrealizować i przeprowadzić swoją fikcyę.

Forma i treść neurotycznej linii wytycznej, opierając się na samopoczuciu niższości, stwarzają pozycyę aggresyjną, której celem jest przezwyciężenie stanu niepewności i zabezpieczenie się wobec faktów życiowych i otoczenia. Udałe próby podniesienia samopoczucia skłaniają dziecko do powtarzania ich, a nieudałe służą mu jako memento, jako przestrogi. Wszystkie objawy nerwicy pochodzą z tych środków przygotowawczych, które zdążają do końcowego celu męskości. Są to stany pogotowia psychicznego, zawsze gotowe do walki o poczucie własnej osobowości, podległe komendzie kierującej fikcyi. Z powodu uczucia niepewności jest wzrok neurotyka zawsze skierowany w daleką przyszłość, a całe obecne życie jest dla niego tylko przygotowywaniem. Od zdrowego osobnika odróżnia się neurotyk silniejszą »tendencyą zabezpieczenia się«, która towarzyszy jego planowi życiowemu.

Ażeby podnieść swoje poczucie własnej osoby, ucieka się chory do różnych sztucznych zafałszowań i konstrukcyj, zapomocą których stwarza sobie fikcję, upewniającą go i zabezpieczającą mu przewagę, a które są urządzeniami przygotowawczemi w życiu psychicznem neurotyka. I tak albo obniża on albo przecenia, podnosi i idealizuje wartość objektu ze środowiska. Również często odwleka i oddala rozstrzygnięcia i stwarza odległość (Distanz) między sobą a objektem. Lubuje się w środkach, które służą jego fikcji, czyto posługując się dokładnością, czy pedanteryą, ażeby tem wynieść się ponad innych. Trwogą lub bojaźliwością broni się przed poniżeniem i zaprzęga inne osobniki do swego rydwanu. Neurotyk też wszystkiego żąda, choć uzyskanie daje mu małą satysfakcyę, ale to zagarnianie wszystkiego pokrywa się z jego wytyczną fikcyą, że chce być najmocniejszym. Ambicja neurotyka jest tylko środkiem, a nie celem, tak iż albo się go stosuje albo usuwa, odpowiednio do tego, czy ten rys charakteru jest potrzebny dla osiągnięcia celu, czy też nie. Natomiast egoizm osobników nerwowych, ich zazdrość, skąpstwo i tendencja niskiego oceniania ludzi i przedmiotów pochodzą z ich uczucia niepewności i mają swój cel w tem, aby ich zabezpieczyć, podniecić i upewnić w siodle.

Między teoryą Freuda a Adlera zachodzi zasadnicza

różnica. Albowiem, gdy Freud uważa płciowe pożądanie (libido) za przyczynę i siłę rozpędową zjawisk nerwiczych, to zdaniem Adlera nerwice opanowuje neurotyczne wytyczenie celu (neurotische Zwecksetzung), które podbija i wtłacza uczucie rozkoszy płciowej, wybór tej rozkoszy i jej siłę, zarówno pociąg płciowy, jak i skłonność do perwersyj w kierunku tego celu. Popęd płciowy w fantazyi i w życiu neurotyka kieruje się w stronę wytyczonego eelu i nie jest właściwie popędem, lecz przymusem (Zwang), a symbol jest tylko sposobem wyrażania się neurotyka, jest to tylko »modus dicendi«. Gdy Freud ogranicza się do szukania w symbolach zawartej w nich lub możliwej formuły seksualnej, to Adler idzie dalej i szuka ich związku z dynamicznem przejawianiem się męskiego protestu i dążenia ku górze. Także zapatrywaniom Freuda, jakoby neurotyk pozostawał pod przymusem dziecięcych życzeń, które się ożywiają pod wpływem snów i przy pewnych zdarzeniach w życiu, sprzeciwia się Adler, twierdząc, że już te dziecięce życzenia same przez się pozostają pod przymusem fikcyjnego celu i że już one same są myślami podporządkowanemi. Freudowski »kompleks Oedypa« tłumaczy Adler jako obrazowe wyobrażenie, przebrane w seksualną formę, poczucia siły męskiej i przewagi nad kobietą, wyrażającą się w podbiciu matki. Kompleks ten jest, zdaniem Adlera, symbolem panowania, zdobywania, zwycięstwa.

Co do perwersyj płciowych wszelakiego rodzaju, jak masturbacyi, homoseksualizmu, sadyzmu, masochizmu, fetyszyzmu i innych, to mają one, według szkoły psychologii indywidualnej, następujące wspólne znamiona: 1) Są one wyrazem zwiększonej odległości duchowej między mężczyzną a kobietą. 2) Oznaczają równocześnie mniej lub bardziej głęboko tkwiący bunt przeciw wtłoczeniu się w prawidłową rolę płciową i uzewnętrzniają planowy lub nieświadomy sztuczny zabieg dla podniesienia obniżonego samopoczucia własnej osoby. 3) Zawierają tendencję poniżenia wartości partnera płciowego oraz rysy nienawiści i walki z nim. 4) Skłonności perwersyjne u mężczyzn są usiłowaniami wyrównawczemi, które neurotyk wprowadził i wypróbował dla zniesienia uczucia własnej mniejszej wartości wobec przecenianej mocy kobiety. Perwersje kobiet są również próbami wyrównawczemi, aby podnieść uczucie niższości kobiecej wobec mężczyzny, odczuwanego jako silniejszego. 5) Perwersja wyrasta zwykle na tle życia duchowego, nacechowanego spotęgowaną nadwrażliwością, przesadną ambicją, uporem oraz egocentrycznością, nieufnością, żądzą władzy przy równoczesnym braku wzajemnej życzliwości i tendencyi do koleżeńskości i współżycia. Masturbację tłumaczy Adler w ten sposób, że uczucie własnej mniejszej wartości lub obawa przed klęską, mieszczące w sobie obawę przed partnerem płciowym, wywołują u ambitnego neurotyka usiłowania odwleczenia rozstrzygnięcia. Również nerwowa impotencja jest wyrazem wywoływania odległości z obawy przed kobietą. Homoseksualizm jest objawem neurotycznym, który podobnie, jak wszystkie inne objawy nerwic, jest urobionym i zaaranżowanym i zostaje po rozlicznych wypróbowaniach jako celowy i potrzebny dołączony do podświadomego planu życiowego pacjenta. Adler nie uważa homoseksualizmu jako takiego za stan wrodzony i zależny od jakichś przyczyn, któreby koniecznie musiały prowadzić do homoseksualizmu. Taksamo zdaniem jego także żadna podstawa fizjologiczno-patologiczna, jak np. budowa niewieścia, zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem, sztuczny lub wrodzony eunuchoidyzm, nie wiodą osobnika przymusowo do szukania zaspokojenia płciowego u tej samej płci. W takich przypadkach zachodzi według niego tylko fałszywe rozumowanie chorego i błąd logiczny. Według niego tendencja homoseksualna może wyrobić się wcześnie u dzieci egoistycznych z chorobliwą ambicją z powodu obawy przed partnerem i jest ona tylko jedną z nieudałych prób kompenzacyi u osób z wybitnem poczuciem własnej niższości. Homoseksualizm jest rewolucją domniemanego uczucia niższości przeciw wymogom życia towarzyskiego i ma na celu fikcyjny, podmiotowo uzasadniony tryumf własnej wyższości. Źródłem tej rewolucji jest nieprzyjazna i wojownicza pozycja dziecka w obrębie rodziny. Adler sprzeciwia się kwalifikowaniu homoseksualizmu, jako zbrodni, gdyż uważa go za akt wewnętrznej samoobrony osobnika, związanej z fałszywym sposobem myślenia, jako akt popędowy i przymusowy, niekontrolowany, którego chory dotknięty perwersją nie może logicznymi argumentami poprawić i wstrzymać. Owszem, argumentacja odbywa się u nich raczej w kierunku homoseksualizmu, ponieważ perwersja jest u tych osobników pożądanem dla nich ujściem i zabezpieczaniem się przed wrzekomemi uciążliwościami i ograniczeniami prawidłowego życia płciowego. Nadto są oni przekonani, że ich zboczenie i skłonności są wrodzone i nie dają się zmienić, co jest, zdaniem Adlera, także rozpowszechnionym naukowym zabobonem. Homoseksualizm określa Adler ze stanowiska sądowo-lekarskiego jako nerwicę poniewolną (Zwangsneurose), znoszącą odpowiedzialność. a Charlot Strasser, należący do zwolenników Adlerowskiej szkoły stosowanej indywidualnej psychologii, domaga się dla tych chorych państwowego przymusu leczenia. Taksamo exhibicjonizm jest przymusem, podnoszącym samopoczucie i poniżającym kobietę, narzucającym jej gwałtem rolę podległą, który z czasem staje się przyzwyczajeniem lub automatyzmem i który należy do zakładu leczniczego, a nie do więzienia.

Co do znaczenia snów i tłumaczenia ich, to i Adler, równie jak Freud, niemi się posługuje. Atoli dla Adlera sen i marzenia senne stanowią tylko szkicowe odźwierciedlenie psychicznych pozycyj i wskazują lekarzowi, jakie stanowisko zajmuje chory wobec danego problemu, jaka jest postać fikcyjnej linii wytycznej, jakie są indywidualne przygotowania i stany pogotowia u pacjentów. Dalej wskazują one na to, jak pacjent nastawiony jest wobec otoczenia i jakie są jego rysy charakteru i obrazy, które uwydatniają dążenie ku górze. Zwłaszcza z powtarzających się snów o jednakowej treści albo z przypomnień snów dziecięcych można domyśleć się fikcyjnej linii wytycznej, ponieważ zbudowane są na gotowym schemacie z neurotycznym celem końcowym.

W nerwicach poniewolnych (Zwangsneurosen) wykazuje Adler nieświadomy zamiar chorego, aby uwolnić się albo złagodzić sobie towarzysko konieczne wymogi przy pomocy chorobliwego przymusu. W ten sposób stwarza chory wtórne pole walki, aby módz ujść z głównego pola walki, stworzonego przez życie i aby zmarnować czas, który go ciągnie do spełniania indywidualnych zadań. Próbę rozstrzygającą o prawdziwości psychologicznej analizy danego takiego przypadku widać w tem, że chory nietylko nerwicą poniewolną, lecz także innymi środkami stara się usunąć od wymogów życiowych pod różnymi pozorami przy pomocy wykrętów i wymówek oraz z powodu pozornie racjonalnych przyczyn, albo też przynajmniej stara się złagodzić odpowiedzialność i jej ocenę. Leczenie polega na tem wyjaśnianiu sprawy, na usuwaniu błędnych zapatrywań wieku dziecięcego, na otwartem leczeniu ran, związanych z przesadną ambicją, z jego miłością własną i z trwożliwą przesadną tendencją chorego do izolowania się od otoczenia.

Konsekwentne i odpowiednie do swej teoryi stanowisko zajmuje Adler w sprawie nerwic wojennych. Podkreśla on znaczenie metody indywidualno-psychologicznej i psychoterapii wychowawczej, przy której ujawnia się błędność linij zasadniczych neurotycznych charakteru. Jeżeli się unika szablonów, to udaje się wykryć istotną stronę zjawiska, że neurotyk wobec ogólnych wymogów życia instynktownie cofa się do podmiotowego uczucia słabości, jak przez wczucie się w niebezpieczeństwo stara się ubezpieczyć się przed rzeczywistem niebezpieczeństwem. Nerwica przedstawia się tu zatem jako środek do jego uniknięcia. Rokowanie jest tem pomyślniejsze, im więcej jest oznak czynnego współdziałania w przeszłem życiu chorego, takich czynników, jak postępy w szkole, przyjaźnie, przejawy miłości, wczesne małżeństwo, dzieci, czynność zawodowa i t. p. Neurotyk zdradzi się zawsze tendencją przylgnięcia do »ubezpieczającego« małego koła swej rodziny. Objaw i utrwalenie objawu stoją pod władzą ubezpieczającego celu przyszłości.

Co się tyczy innych kategoryj nerwic urazowych, to właśnie ich pojmowanie po myśli Adlera pokrywa się zupełnie z ogólnie uznawaną przez lekarzy sądowych nerwicą rentową. W tej chorobie pożądanie renty uwydatnia się bardzo jasno ze swoją wytyczoną celową tendencją, ku której zbiegają się wszystkie objawy chorobowe. Według teorji Adlera warunki dla specyalnej możliwości powstania choroby są już dane u poszczególnych osobników. Leczenie nerwic, zwłaszcza wojennych, jest wtedy skuteczne, jeżeli lekarz znajdzie kompromisowe rozwiązanie między względnie fałszywem indywidualnem nastawieniem fikcyj chorego do fikcji ogółu.

Jak zatem widać z powyższego przedstawienia, ocenia Adler przejawy duszy, jako zespół, skierowany w kierunku celowym, a mianowicie przewyższenia otoczenia. »Wiele takich spostrzeżeń« — powiada on — »zwiastowali wybitni myśliciele, niejedno każdy z nas odczuwa, a przeważna część jest osłonięta tajemniczą ciemnością i staje się wyrazistą tylko w obłąkaniu albo podczas ekstazy. Neurotykowi na każdej cząstce drogi towarzyszy tęsknota za przewagą, myśl, że jest podobnym do Boga, wiara we własną szczególną wartość i czarodziejską właściwość. Stan ten zachodzi bez względu na to, czy neurotyk chce być artystą, pierwszym w swoim zawodzie, czy tyranem domowym, czy prowadzi rozmowę ze swoim Bogiem, czy poniża innych, czy uważa

swoje cierpienie za największe, przed którem wszyscy winni się ugiąć, czy też goni za nieosiągalnymi ideałami lub łamie stare bóstwa i niszczy stare granice i normy. W miłości chce równocześnie odczuwać swoją przewagę nad drugą stroną, przy dobrowolnym wyborze zawodu przebija się upatrzony cel w przesadnych oczekiwaniach i obawach, a nawet popełnia samobójstwo z uczuciem zwycięstwa nad wszystkiemi przeszkodami. Albowiem neurotyk jest zdolny postawić swoje życie na kartę dla bardzo krótkotrwałej, często tylko pozornej i wątpliwej przewagi tak, że popęd samozachowawczy ustępuje miejsca popędowi do władzy. Aby opanować jakiś przedmiot, jakąś osobę, może iść prostą drogą z dumą, odwagą, żądzą władzy, uporem i okrucieństwem; albo też woli na podstawie doświadczenia wybrać drogi okrężne i dojść do zwycięstwa przy pomocy posłuszeństwa, poddania się, łagodności i skromności. Atoli te cechy są niestałe i są tylko dopasowane do indywidualnego planu życiowego. (Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania

Księga pamiątkowa, wydana w dwudziestą piątą rocznicę istnienia Wydziału lekarskiego Wszechnicy Jana Kazimierza przez członków Wydziału lekarskiego pod redakcją prof. Dr Witolda Nowickiego. Lwów 1920, nakładem Wydziału lekarskiego. Stron 291, z tablicami i rycinami w tekście.

Ćwierćwiekowy swój jubileusz upamiętnił Wydział lekarski lwowski wydaniem księgi pamiątkowej, budzącej podziw dla autorów, którzy w czasie wielomiesięcznych bohaterskich walk orężnych, gdy w oblężonym i bombardowanym Lwowie brakło nieraz wszystkiego: pożywienia, wody, opału, światła, mieli dość hartu ducha i wytrwałości, by równocześnie nieść pomoc walczącym i prowadzić badania naukowe. Ale podziwiać też należy widniejące z wydawnictwa przywiązanie i profesorów i uczniów do swej kresowej »Alma Mater«, i szlachetną ambicję wysunięcia jej na czoło wszechnic polskich, i ofiarność, by dokonać niezmiernie dziś kosztownego wydawnictwa (które, jak przypuszczamy, wymagało wydatku około 100.000 mp.), i wielką staranność i pracowitość redakcji książki, dzięki czemu szata jej zewnętrzna nie ustępuje naszym najpiękniejszym wydawnictwom przedwojennym. Umiano nietylko zdobyć dla książki doskonały papier, nietylko ozdobić okładkę książki — pamiątką czasów, kiedy powstawała, a mianowicie wizerunkami wszystkich odznak wojskowych z czasu obrony Lwowa w r. 1918/19 (ze zbioru prof. Czyżewicza), ale też portretami zmarłych sześciu profesorów zwyczajnych, oraz w kraju wykonanemi, w części barwnemi 6 tablicami ilustracji histologicznych i licznemi rycinami w tekście.

Książka rozpada się na dwie części: pierwsza jest historyczną i zawiera trzy publikacje pierwszorzędnej wartości, bo stanowiące źródłowy materyał do dziejów Wydziału lekarskiego lwowskiego. Prof. Bednarski podaje »Rzut oka na pierwsze ćwierćwiecze istnienia Wydziału lekarskiego lwowskiego«, bogato go uzupełniając cyframi i nazwiskami, a bardzo trafnie po resztę faktów odsyłając do publikacji dawniejszych, gdzie już były ogłoszone. Następują niezmiernie ciekawe i żywo napisane osobiste wspomnienia prof. Becka: »Z pierwszych czasów istnienia Wydziału lekarskiego«, a wreszcie obraz ostatniego roku, który Wydział lekarski lwowski opromienił niemniejszą aureolą, niż orężnych jego obrońców, p. t. »Zarys działalności profesorów, docentów, doktorów i uczniów Wydziału lekarskiego we Lwowie w czasie walk lwowskich«, nakreślony przez dwóch wybitnych młodych uczestników, L. Szulisławskiego i F. Kmietowicza. W drugiej, pięćkroć obszerniejszej części książki, mieści się 26 prac naukowych, których tu niepodobna omawiać, a o których treści i wartości mówią same tytuły i nazwiska autorów: 1) Popielski: Histamina i wyciągi z narządów. 2) Franke: Ostre zapalenie nerek, jako powikłanie duru powrotnego. 3) Bikeles i Zbyszewski: Wpływ drażnienia mózgu za pomocą prądów zmiennych na ośrodki hamujące czynność serca i ośrodki naczyniowe oraz na oddychanie. 4) Orzechowski: O niedowładzie mięśni międzykostnych. 5) Sochański: O procesach dyssymilacyjnych w ustroju zdrowym i chorym. 6) Zalewski: Przypadek bliznowatego zwężenia przewodu usznego. 7) Reis: O rogówce olbrzymiej. 8) Rothfeld: O wpływie płatu czołowego na odczyny ruchowe z narządu przedsionkowego ucha. 9) Szusterówna: Skaza krwotoczna jako powikłanie w grypie. 10) Meisels: O idiopatycznem rozszerzeniu przełyku przy skurczu tężcowym wpustu. 11) Węgrzynowski: Dalsze badania nad powstawaniem i wydzielaniem kwasu szczawiowego w ustroju ludzkim i zwierzęcym. 12) Wiczyński: O rozmieszczeniu i jakości tłuszczów i lipoidów w jajniku ludzkim. 13) Moraczewski: Zachowanie się ciałek białych w przebiegu gorączki. 14) Nowicki: Przyczynek do histologji zmian skórnych w przebiegu gnilca. 15) Cieszyński: Zarys żuchwy w szczególności jej kąta w rentgenogramach. 16) Gröer: Sposoby i cele farmakodynamicznego badania skóry.

Wydanie księgi pamiątkowej jest w dzisiejszych czasach, gdy ogłoszenie drukiem prac naukowych natrafia na niepokonane nieraz trudności, szczególną zasługą. Ciechanowski.

Prof. Dr Alfred Sokołowski: **Propedeutyka lekarska.** Warszawa 1920. (Wydawnictwo M. Arcta), str. 271.

Nowe dzieło znakomitego autora powstało z wykładów, wygłoszonych w Uniwersytecie warszawskim w latach 1918/19 i 1919/20, ma też wszystkie właściwości książek, w ten sposób powstałych. Przemawiają one do czytelnika silniej, niż inne, bo odzwierciedla się w nich zawsze wpływ żywego słowa; natomiast ujemną stroną bywa niekiedy mechaniczny nieco podział materyału, porozcinanego na poszczególne wykłady. Konstrukcją dzieła prof. Sokołowskiego zbliża się do konstrukcji innych podręczników propedeutyki lekarskiej. Po wstępie ogólnym rozpatruje autor warunki i przymioty, jakie powinien posiadać słuchacz medycyny, aby odpowiedział kiedyś zadaniom swym, jako lekarz; następnie przechodzi kolejno wszystkie gałęzie nauk lekarskich, określając ich zakres i znaczenie, przyczem w każdej gałęzi podaje najgłówniejsze dane z historji medycyny, zwłaszcza polskiej i krótkie wiadomości o życiu i działalności najznakomitszych polskich przedstawicieli każdej z gałęzi medycyny. (W drugiem wydaniu należałoby usunąć pewne usterki co do dat i t. p., które się tu wkradły). Końcowe wykłady poświęcił autor deontologji lekarskiej, zagadnieniom społeczno-lekarskim i zadaniom lekarza na polu higieny społecznej. Cała książka owiana jest duchem wysoce obywatelskim, a na każdej karcie znać szczerą miłość dla kształcącej się młodzieży, zwłaszcza tej, której autor swą książkę dedykuje, a która w r. 1918 »wezwana przez Matkę-Ojczyznę, rzuciła wszystko i pobiegła na Jej obronę«.

Ciechanowski.

Dr Tadeusz Jaroszyński: **Metody badań psychologicznych w szkole.** Warszawa 1920. Nakładem Ministerstwa zdrowia publicznego.

Autor przystępuje do zadania na podstawie gruntownej znajomości literatury psychologiczno-pedagogicznej, obcej i naszej.

Na wstępie podaje trafne wskazówki o technice badania psychiki dziecka, oparte na ogólnych zasadach eksperymentu psychologicznego, i krótki, jasny przegląd zasadniczych pojęć psychologii. W rozpatrywaniu metod badania przyznaje dużą wartość skali metrycznej inteligencji Bineta, podkreśla jednak potrzebę śledzenia systematycznego poszczególnych czynności psychicznych dla zorjentowania się w całokształcie duszy ucznia. Pośród opisu wyczerpująco i przejrzyście zestawionych metod badania wplata autor umiejętnie krytyczne uwagi o złożoności przejawów psyche i wzajemnem uzależnieniu duchowych czynności, o względnej wartości wniosków, opartych na badaniu poszczególnych funkcji umysłu. Zdaje mi się, że to krytyczne stanowisko autora, który w swoich uwagach trzyma się ściśle granic psychologii eksperymentalnej, zasługuje na szczególne podkreślenie w tym wypadku. Podręcznik, który ma znaleść szerokie zastosowanie w kołach wychowawców naszej młodzieży, nie daje doktryny i szablonu lecz bogaty program badania, pobudzający do samodzielnych studyów. Dr Marcin Zielinski.

J. Wagner-Jauregg: **O suggestji, hypnozie i telepatji.** Przełożył Dr Michał Kozłowski. Kraków 1920. Str. 19.

Wykład wiedeńskiego profesora psychiatrji nie przynosi wprawdzie nic nowego na zakreślony nagłówkiem temat, lecz ujmuje jasno, zwięźle i zrozumiale dla każdego znaczenie suggestji, hypnozy i telepatji w odniesieniu ich do zbrodni. O ile suggestja i hypnoza przedstawiają znane i naukowo przyznane i zbadane zjawiska, o tyle telepatja, t. j. przenoszenie myśli przez jednego człowieka na drugiego bez pośrednictwa narządów zmysłowych jest conajmniej jeszcze zagadką, jeżeli nie »cudownością«, poczętą w wyobraźni. Dlatego telepatja nie posiada dotąd żadnego znaczenia praktycznego. Udowodnienie jej rzeczywistego istnienia otworzyłoby nowe rozległe horyzonty dla badań psychologicznych i psychopatologicznych. — Poprawny przekład M. Kozłowskiego zaleca zajmujący treścią wykład uwadze każdego. Wachholz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgja.

Konjetzny: **T. zw. »linitis plastica« żołądka.** (Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 31). Nazwa tej rzadkiej choroby pochodzi od greckiego »λίνον« (rete ex lino factum). Pod wzgl. anatomopatologicznym chodzi o częściowe lub rozlane bliznowacenie (marskość) żołądka z mniej lub więcej silnem zgrubieniem jego ściany. Sprawa ta dotyczy głównie błony podśluzowej i podsurowiczej przy równoczesnym przeroście błony mięsnej. Z początku pod mikroskopem widać tkankę ziarninową z wielką ilością fibroblastów, w późniejszym okresie zamienia się ta tkanka na tkankę sklerotyczną. Etyologia nieznana: Jedni sądzą, że przyczyną jest zastój żylny, inni, że sprawy zapalne ostre, inni uważają za przyczynę tej sprawy kiłę. Autor wyraża na podstawie jednego przypadku przypuszczenie, że sprawa zwana »linitis plastica« pozostaje w przyczynowym związku z t. zw. włóknistym rakiem żołądka, być może jako łagodne zejście tej postaci raka. Dr Michejda.

Hart: **Uwagi nad powstawaniem trawiennego wrzodu żołądka i dwunastnicy.** (Mitteil. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 31, 1919). Na podstawie szczegółowego rozbioru materjału sekcyjnego, w którym uderza częsta równoczesność schorzeń ośrodkowego układu nerwowego i wrzodów trawiennych, dochodzi autor do wniosku, że wpływami nerwowymi wywołane zmiany naczynioruchowe tworzą główny warunek powstawania wrzodów trawiennych; zarówno te wpływy nerwowe, jak i różne warunki potęgujące ich działanie, dla powstawania wrzodów mniej lub więcej konieczne, są zmienne, zależnie od wieku osobnika. U ludzi młodych warunki te są raczej konstytucjonalne, u starszych we wzrastającej mierze kondycjonalne. Do drugich zalicza autor tego rodzaju zmiany, jak sprawy zastojowe, miażdżycę tętnic, nieprawidłowe ułożenie trzew, nadmierną kwaśność żołądka, zrosty otrzewne, cierpienia dróg żółciowych i in. Dr Michejda.

Hart: **Badania i uwagi o wrzodzie dwunastnicy.** (Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 31). Obszerny wywód, oparty na materyale sekcyjnym, obejmującym 2081 sekcyj, wykonanych w przeciągu czterech lat, streszczony przez autora w następujących zdaniach: Wrzód trawienny dwunastnicy (w. d.) zdarza się mniej więcej taksamo często, jak wrzód żołądka. U mężczyzn nie występuje częściej, niż u kobiet. U mężczyzn w. d. spostrzega się mniej więcej taksamo często, jak w. żołądka, u kobiet w. żołądka jest częstszy; jednak i u kobiet nie występują trawienne zmiany żołądka o wiele częściej, niż u mężczyzn — w przeciwieństwie do dotychczasowych zapatrywań. W. d. wystąpić może od trzeciego dziesięciolecia w każdym wieku, jest w poszczególnych okresach wieku równie częsty, jak wrzód żołądka i jest najczęstszy, podobnie jak w. żołądka, w wieku późniejszym (wbrew dotychczasowym poglądom). W każdym wieku mogą się wytworzyć świeże wrzody dwunastnicy. W. d. goją się często z pozostawieniem blizny; pod tym względem rokowanie nie jest gorsze, niż przy wrzodzie żołądka. Przy bliznowaceniu powstają często charakterystyczne kieszonki wskutek pofałdowania błony śluzowej lub całej ściany; z nich powoli wytwarzać się mogą typowe uchyłki. Czasem spotyka się obraz dwunastnicy klepsydrowatej. Nawet wyraźne blizny nie wywołują znaczniejszego zwężenia dwunastnicy. Wogóle ciężkie zwężenie dwunastnicy wskutek blizn jest zjawiskiem rzadkiem. Przeważna część wrz. dw. sadowi się na ścianie tylnej dw. tuż przy odźwierniku. Tu też jest najczęstsze miejsce blizn. Wrzody tu usadowione są często powodem krwotoków, jednakże śmiertelne krwotoki wskutek nadżarcia większej tętnicy nie są częstsze, niż przy wrzodzie żołądka. Rzadziej znacznie występują wrzody na przedniej ścianie dwunastnicy. Te przebijają do wolnej jamy otrzewnej, jednakże nie częściej, niż wrz. żołądka, w stosunku zaś do częstości wrz. dwunastnicy następstwo to jest rzadkie. Rokowanie wrz. dw. jest na ogół nie lepsze i nie gorsze, niż wrz. żołądka. Wrz. dw. wiedzie często do skurczu odźwiernika (spasmus pylori), sprawiając temsamem jego czynnościowe zwężenie. Przejście wrz. dw. w raka jest zjawiskiem bardzo rzadkiem. Podobieństwo wrz. dw. z wrzodem żołądka jest pod każdym względem tak duże, że pozwala przypuszczać, iż i etyologja tych dwóch spraw jest podobna. Dr Michejda.

Haberer: **Operacyjne leczenie wrzodu dwunastnicy.** (Med. Klin. 1920, 11). Na podstawie materjału obejmującego 205 przypadków operowanych (105 resekcji, 55 wykluczeń odźwiernika i 45 gastroenterostomij) wyraża autor zdanie, że najlepsze wyniki zarówno bezpośrednie jak i stałe daje resekcja chorej części przewodu pokarmowego (nie wycięcie wrzodu!), mimo nieco większej śmiertelności pooperacyjnej (5%, przy 4% śmiertelności po wykluczeniu odźwiernika i 2% po gastroenterostomji). Jako metodę resekcji poleca H. pierwszą metodę Billrotha. Dr Michejda.

Hanser: **Zgorzel kończyny po urazie, doznanym przed 29 laty.** (Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 31, 3). Opis przypadku, w którym kawałek lufy od strzelby wszedł do uda, poczem nastąpiło pozorne wgojenie. Przez 27 lat chory nie miał żadnych dolegliwości. Zaczęły się one dopiero w 28. r. życia, z chwilą, gdy ciało obce zaczęło wędrować wzgl. się przesuwać. Doprowadziło to do przebicia ściany tętnicy podkolanowej, wytworzenia tętniaka rzekomego i zakrzepu w świetle tętnicy z następową zgorzelą kończyny. Uderzający jest związek przyczynowy między urazem a zgorzelą pomimo tak długiego czasu, jaki od urazu do wystąpienia zgorzeli minął, dalej fakt, że chory nic nie wiedział o obecności dużego ciała obcego w dole podkolanowym. Dr Michejda.

Stoffel: **Istota rwy kulszowej i nowe drogi operacyjnego leczenia tego cierpienia.** (Zschr. f. orth. Chir. T. 34, 1914). Nerwu kulszowego nie można brać jako całości, zawiera on bowiem mnóstwo ruchowych i czuciowych dróg nerwowych. Nie można też dlatego mówić o »ischias«, ale o neuralgji w zakresie pewnego lub szeregu nerwów czuciowych, będących częścią składową nerwu kulszowego; w zakresie bowiem n. ruchowych nie spotyka się neuralgji. Podziału tego przestrzega się powszechnie tam, gdzie, jak n. p. na twarzy, gałązki ruchowe idą oddzielnie od gałązek czuciowych (n. twarzowy i trójdzielny). Każda z wiązek czuciowych n. kulszowego może uledz schorzeniu, a to: 1) n. skórny zewnętrzny łydki, 2) n. skórny łydki wewnętrzny; 3) czuciowe zakończenie n. strzałkowego powierzchownego; 4) nn. skórne grzbietowe środkowy i pośredni (medius et intermedius); 5) części czuciowe n. strzałkowego głębokiego. Zależnie od tego, który z wymienionych nerwów będzie chory, otrzymamy różne obrazy kliniczne, bóle będą różnie się sadowić i t. d. Pod względem leczniczym, a szczególnie operacyjnym, odróżnienie takie ma duże znaczenie. Należałoby dużo spodziewać się po wycięciu schorzałej gałązki. Uwagi te ilustruje autor historją chorego, który cierpiał na nerwobóle w zakresie nerwów skórnych łydki i który po wycięciu ich wyzdrowiał. Dr Michejda.

Kisch i Grätz: **O działaniu promieni słonecznych na przetoki gruźlicze.** (Arch. f. kl. Chir. 104). Przetoki gruźlicze nadają się bardzo do leczenia promieniami słonecznymi, zwłaszcza jeżeli chodzi o przetoki części miękkich lub o sprawy już nieczynne. Nawet przy uporczywych przetokach przy tem leczeniu rychło następuje widoczny skutek, tworzy się żywe ziarnkowanie, wydzielina zmienia się na surowiczą, obrzęk i bóle znikają. K.

Hoffman i Kochmann: **Badania nad kombinacją środków znieczulających miejscowo z siarkanem potasu.** (Beitr. z. klin. Chir. 9. I. III). Z badań autorów najważniejsze są następujące szczegóły: Środki miejscowo znieczulające co do siły działania tworzą następujący szereg, poczynając od najsilniejszych: akoina, kokaina, tropakokaina, stowaina, β eukaina, nowokaina, alypina. Przy kombinacji tych środków z siarkanem potasu potęguje się działanie; kokainy i nowokokainy, znacznie mniej przy tropakokainie i β eukainie, sumuje się przy akoinie, a zmniejsza przy alypinie i stowainie. Najbardziej trującą jest kokaina, potem helokaina, alypina, akoina, tropakokaina, stowaina, β eukaina, w końcu nowokaina. Przy kombinacji z siarkanem potasu zmniejsza się toksyczność stowainy, a zwiększa się wybitnie toksyczność nowokainy. K.

Rosenstein: **O leczeniu postępującego zapalenia zakrzepowego żyły udowej.** (Berl. Tow. chir. VI). Za radą Mullera podwiązuje się obecnie żyły w razie zakrzepu zapalnego, by ocalić ustrój od zakażenia ogólnego. R. nie wahał się podwiązywać także żyłę udową, a nawet żyłę biodrową zewnętrzną i wspólną i donosi o trzech wyleczeniach. Zwykle udaje się dobrze wyczuć granicę skrzepu: powyżej zakłada się podwiązkę, a cały skrzep poniżej podwiązki wydobywa się. Obawy zgorzeli kończyny niema, bo i tak w czasie zapalenia żyły wytworzyło się już krążenie oboczne. Usunięcie skrzepu jest w leczeniu szczegółem pierwszorzędnej wagi. K.

Tiegel: **O leczeniu ropowic ręki.** (Beitr. z. klin. Chir. 91. III). Przy leczeniu ropowic ręki odrzuca Tiegel zupełnie tamponadę gazą, która według T. wywołuje poważne uszkodzenia tkanek, zwłaszcza ścięgien. Tamponadę zupełnie zastępują odpowiednie rozszerzadła. Za wadę w leczeniu uważa T. długie ustalanie ręki, zwłaszcza po dotkniętej ropowicą stronie dłoniowej i zaleca szynę grzbietową z lekkiem zgięciem palców. K.

Ritschl: **Ważne zasady dla mechanicznego leczenia podskórnych uszkodzeń narządu ruchowego.** (M. m. W. 19). Przy podskórnych zranieniach zapominamy niestety często o tem, że chodzi tu o takiesame uszkodzenia, jak przy uszkodzeniach otwartych, że w głębi tworzą się potem takiesame blizny i nieraz one właśnie są przyczyną dalszych poważnych przypadłości. Statystyki dowodzą, jak często dalsze rokowanie po zwichnięciach źle leczonych lub nie leczonych jest smutne. Obecnie też cierpienia narządu ruchowego leczymy staranniej także i ze stanowiska t. zw. funkcjonalnego, t. j. odrazu baczymy na to, by przedewszystkiem czynność danej części ciała pozostała nadal dobrą, co jest ważniejsze, niż t. zw. zgojenie anatomiczne, na które dawniej kładziono główny nacisk. Jakże n. p. często lekceważą lekarze skręcenia stawów, zapominając o zniszczeniach, jakie takie skręcenie w stawach wywołuje. Lekceważy się też stłuczenia, krwiaki i t. d., mimo że takie krwiaki, nie leczone, wywołują w następstwie zrosty i wskutek nich wielkie, nieraz nieuleczalne przypadłości. Zwykle samo uszkodzenie stawu nie wywołuje jako takie odrazu przypadłości; wywołują je właśnie dopiero następstwa, a więc przedewszystkiem krwotok, rozsadzający tkanki. Trzeba więc odrazu postępować energicznie zapobiegawczo, a nie dopiero wtedy zabrać się do leczenia, gdy już dozwoliliśmy sprawie przybrać obrót niekorzystny. Wylewy krwawe ulegają wprawdzie z czasem wessaniu, ale odbywa się to wolno; przez miesienie, kąpiele i t. p. możemy to wessanie znacznie przyspieszyć i zapobiedz nieraz różnym powikłaniom. Dlatego też dzisiaj po zwichnięciach i skręceniach zalecają przystąpić już po 48 godzinach do miesienia, gdy krwotok ustanie, a taksamo postępujemy nieraz i przy złamaniach. Miesienie jednak, zwłaszcza początkowe, powinien wykonywać lekarz, a nie osoba, znająca tylko technikę miesienia. Celem zapobiegania wielkim krwotokom po urazie najlepiej stosować na uszkodzoną część ciała zimno i ucisk. Gdy krwi nazbierało się dużo, nie trzeba zwlekać z aspiracją. Przy leczeniu złamań również nieraz popełnia się błędy, unieruchomiając za długo. Wielkim postępem nazwać też można leczenie złamań wyciągiem (a zwłaszcza przyrządami do chodzenia) i miesieniem. Gipsu w postaci unieruchomiających okrężnych opatrunków należy unikać, o ile tylko się da. Pamiętać należy, że niektóre mięśnie rychło przy złamaniu ulegają zanikowi, n. p. czworogłowy uda, naramienny i t. p. Tutaj więc wczesne miesienie jest konieczne. Przy leczeniu wszystkich uszkodzeń narządu ruchowego, przedewszystkiem i zawsze powinniśmy mieć na oku czynność kończyny i unikać należy wszelkich sposobów leczenia, które, acz może pozornie lepsze co do wyleczenia anatomicznego, nie zapewniają jednak sprawnej czynności po wyleczeniu. K.

Choroby zakaźne.

Otto i Rothhacker: **O szczepieniu ochronnem przeciw durowi plamistemu.** (D. m. W. 1919, 3). Przedsiębrano szczepienia surowicą krwi chorych na dur plamisty, branej albo na szczycie choroby (8—9. dnia), albo w okresie ozdrowienia. Wstrzykiwano podskórnie po 2—3 cm surowicy, trzy razy w odstępach 4—7 dni. Oprócz miejscowego lekkiego obrzęku, bolu głowy i lekkiego podniesienia ciepłoty, nie było innego odczynu. Przeprowadzono wstrzykiwania ochronne u 750 ludzi, przeważnie takich, którzy się stykali z chorymi na dur w szpitalu zakaźnym w Wilnie. Z tych szczepionych zachorowało 25% na dur plamisty, gdy z nieszczepionego personalu, również szpitalnego, zapadło na dur 29%. Z tego wynika, że szczepienie ochronne wcale nie zabezpiecza przed zakażeniem. Natomiast okazało się, że śmiertelność u szczepionych, którzy ulegli zakażeniu, wynosiła 14%, gdy u nieszczepionych chorych było aż 44%, z czego się okazuje, że szczepienie ochronne, w sposób wyżej wskazany stosowane, obniża znacznie śmiertelność w durze osutkowym. J.

Rickmann: **Grypa, a gruźlica płuc.** (D. m. W. 1919, 2). W sanatorjum dla gruźliczych w St. Blasien na 173 chorych zachorowało 40 na grypę, a z 90 osób personalu niegruźliczego zapadło również 40. Z tego wynika, że skłonność do grypy u osób gruźliczych nie jest większą, niż u niegruźliczych. Następnie zauważono, że szerzenie się sprawy gruźliczej w płucach u lekko i średnio chorych gruźliczych, tak podczas trwania grypy, jak i po jej przebyciu, jest małe. Natomiast dla chorych z rozległemi zmianami gruźliczemi w płucach jest grypa niebezpieczną chorobą z powodu osłabienia serca. Z trzech bowiem przypadków ciężkiej gruźlicy płuc ze złem rokowaniem zakończyły się wszystkie wskutek grypy śmiertelnie. J.

Wolff-Eisner: **Leczenie grypy wziewaniami adrenaliny.** (Münch. m. W. 1919, 1). W ciężkich przypadkach grypy z gorączką 40°—41° tak bez objawów płucnych, jak i z objawami płucnymi, stosował autor 4—6 razy dziennie wziewania rozczynu adrenaliny, używając do tego preparatu »glycirenan«, przyrządem Drägera. Autor zauważył, że chorzy, u których od początku choroby stosowano te wziewania, nie dostawali powikłań ze strony płuc, a u tych, którzy przychodzili do szpitala z płatowem zapaleniem płuc lub ogniskami zapalnemi rozsianemi, ogniska te się nie rozszerzały i chorzy zdrowieli. Autor wyraża zdanie, że adrenalina wziewana, zwężając naczynia płucne, przeciwdziała wytwarzaniu i rozszerzaniu się ognisk zapalnych i opadowych. J.

Kühn: **Krzemionka a gruźlica.** (W. kl. W. 1919, 32). Autor przypuszcza, że obok wapna w gruźlicy płuc dobrze działa kwas krzemowy, uodporniając tkanki przeciw drobnoustrojom. W tym celu przepisuje gruźliczym chorym ziółka z roślin, zawierających krzemionkę, do trwałego kilkuletniego używania mianowicie: Hba equiseti minoris 75 gm, Hba polygoni 150 gm, Hba galeopsidis 50 gm, Mf. species. Ds $1^1/_2$ łyżki na 2 szklanki wody, gotować aż do pozostałości 1 szklanki. Takich szklanek dziennie trzy użyć. J.

Radwansky: **Solarson we wczesnym okresie gruźlicy płuc.** (D. m. W. 1919, 3). W początkowym okresie gruźlicy płuc, jakoteż w surowiczem zapaleniu opłucnej, w którem zachodzi obawa rozwoju gruźlicy płucnej podczas ozdrowienia, wstrzykiwał autor z dobrym wynikiem po 1·2 gm solarsonu. Chorzy otrzymywali w przeciągu 8—10 tygodni trzy serje po 12 wstrzykiwaa solarsonu. Tak leczeni tracili gorączkę, nabierali apetytu i stawali się znowu zdolni do pracy. J.

Méry, Salin i Girard: **O gruźliczem schorzeniu gruczołów wnękowych.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Na podstawie szczegółowej obserwacji 9 przypadków zwracają autorowie uwagę na konieczność starannego badania fizycznego przednich części klatki piersiowej głównie okolic przymostkowych, zwłaszcza po prawej stronie na wysokości 2. i 3. żebra. Stłumienie odgłosu w tej okolicy zmienia się w lekkie przytłumienie w miarę poprawy stanu chorobowego. Badaniem na zwłokach wykazali autorowie, że okolica wnęki płucnej odpowiada chrząstce 3. żebra, a zatem drugiemu i trzeciemu międzyżebrzu. Osłuchując, stwierdza się albo zaostrzenie wydechu albo odgłos oskrzelowy mowy (bronchophonia). Objawów uciskowych i krążenia obocznego nie stwierdzono w żadnym przypadku. Gorączka bywała najstalszym objawem i utrzymywała się przez szereg miesięcy. Rozpoznawczo wchodziły w rachubę przy różniczkowaniu zapalenie opłucnej, gruźlica płuc i bąblowce.

Dr Blassberg (Kraków).

Galambos: **Dieta chorych na dur.** (Ther. d. Gegenw. 1916. 3). Na zasadzie 400 przypadków zaleca G. stosować w durze dietę nieco posilniejszą zamiast podawanej dotąd wyłącznie płynnej, najczęściej mlecznej. Oprócz mleka, kakao, białej kawy, yoghurtu, grysiku na mleku (0·2 L. mleka + 100 gm grysiku 2 razy dnia), galaretki, podaje G. mięso skrobane lub w potrawce (80 gm), szynkę (80 gm), keksy (do 200 gm), bułkę (120 gm). W lekkich przypadkach, oraz zawsze w 4—6 dni po ustaniu gorączki podaje G. już mięso siekane, lekkie potrawy mączne, purée ziemniaczane. Tylko przy przeciągającej się gorączce stosuje G. na 2—3 dni dietę ścisłą, płynną. r.

Meyer: **W sprawie dietetyki czerwonki.** (Dts. m. W.

1916, 12). Dieta, zasadzająca się głównie na podawaniu kleików, używana powszechnie, wygłodza ustrój, a przytem zawiera za mało białka i tłuszczu i raczej wzmaga, niż osłabia, nieprawidłowe procesy fermentacyjne w jelitach. Dlatego zaleca M. gorąco zwrócić się w czerwonce do djety, dostarczającej ustrojowi więcej białka, przyczem potrawy powinny być utarte (purée) lub drobno posiekane i doskonale zżute. Według spostrzeżeń M. daje taka dieta doskonałe wyniki, podnieca łaknienie i znacznie skraca okres zdrowienia. r.

Schiff: **Leczenie czerwonki lawatywami formalinowemi.** (W. kl. W. 1919, 4). Autor stosował z dobrym wynikiem u 50 chorych na czerwonkę przedpołudniem i popołudniu w lawatywie po 300 cm³ jednoprocentowej formaliny (t. j. jeden cm³ 40% formaliny na 100 wody). Lawatywy stosowano zapomocą wysoko wsuniętego drenu u chorego leżącego, codziennie dopóty, aż nietylko znikły stolce krwawe i śluzowe, lecz aż pojawiły się już stolce prawidłowe. Stolce krwawe znikały po 4—5 dniach stosowania lawatyw, w lżejszych przypadkach jeszcze wcześniej, a prawidłowe stolce pojawiły się już w 9. dniu stosowania lawatyw. Pierwsze lawatywy sprawiają chorym lekkie bole, dalsze zaś nie sprawiają żadnych dolegliwości. Trzy ciężkie przypadki czerwonki u dzieci zakończyły się śmiercią. J.

Dorendorf i Kolle: **Kliniczne i bakterjologiczne spostrzeżenia w sprawie czerwonki w czasie letniej kampanji w Galicji i Królestwie polskiem.** (Dts. m. Woch. 1916, 19). Badając nader liczne przypadki czerwonki w lecie r. 1915 w Galicji i Królestwie, nie zauważyli autorowie żadnych różnic od typowego obrazu klinicznego i anatomopatologicznego czerwonki takiej, jaką wywołują prątki Shiga-Krusego, Flexnera i tym podobne. Jednakże badania bakterjologiczne wykryły te prątki tylko w bardzo niewielu przypadkach: 6 razy prątki Shiga-Krusego, 2 razy Flexnera, raz typu Y. We wszystkich innych nie znaleziono ani tych typowych gatunków, ani żadnej z ich odmian; napewno też można było wyłączyć obecność pełzaków dysenterycznych. Leczenie surowicą, zarówno antytoksyczną, jak i wielowartościową, było bezskuteczne. Wogóle zatem, zdaniem Kollego, etjologję czerwonki »galicyjsko-polskiej« należy uznać za niewyjaśnioną; być może, że przyczyną jej nie są ani bakterje, ani pełzaki, lecz jakieś inne mikroby. r.

Thaller E. v. Draga: **Doświadczalne podniecenie zimnicy utajonej.** — Brauer: **O uruchomieniu pasorzytów zimnicy we krwi.** (Wiener kl. W. 1917, 4). W niektórych przypadkach nie można dotychczasowymi środkami rozpoznać zimnicy. Dotyczy to w szczególności t. zw. zimnicy utajonej, w której krew nie zawiera pasorzytów, a gamety spoczywają gdzieś w ukryciu w narządach wewnętrznych. W takich przypadkach można wywołać zjawienie się pasorzytów we krwi zapomocą wstrzyknięcia 5 cm³ jałowego mleka śródmięśniowo (Draga), albo też zapomocą wstrzyknięcia prawidłowej surowicy końskiej (Brauer). Zabieg taki ma wartość rozpoznawczą, może również nadawać się do stwierdzenia, czy wyzdrowienie już nastąpiło, co ma znowu wagę szczególnie wtedy, jeśli ozdrowieńcy po zimnicy przenoszą się do okolic, wolnych od zimnicy, ale obfitujących w widlisze (anopheles). Dalsze badanie okażą, czy takie uruchomienie pasorzytów zimniczych w ustroju może być wyzyskane także w celach leczniczych (przez wstrzyknięcie dożylne chininy po uruchomieniu). C.

Henschelman: **O uruchomieniu nieczynnej zimnicy i o nowym środku leczniczym.** (W. kl. W. 1919, 24). Autor podawał u chorych zimniczych z trwałem powiększeniem śledziony i wątroby po 0·1 gm benzolu trzy lub więcej razy dziennie, przez co wywoływał tak u chorych niegorączkujących, jak i u chorych nieregularnie gorączkujących typowe napady zimnicy. W takich ukrytych przypadkach zimnicy stosował autor z trwałym skutkiem równocześnie benzol w powyższych dawkach i chininę. Autor przypuszcza, że ukryte w ciałkach czerwonych gamety, podrażnione benzolem, produkują schizonty, które przez równoczesne podawanie chininy można zniszczyć. J.

Choroby skórne i weneryczne.

Goldberger: **Nasze doświadczenia z salwarsanem ze srebrem.** (Med. Klin. 1919, 39). Autor stosował nowy preparat, przesłany przez Kollego, u 60 chorych (266 wstrzykiwań), w dawkach 0·2—0·4. Dwa pierwsze wstrzykiwania dożylne stosował w odstępach 8-dniowych, następne wstrzykiwanie po trzech tygodniach (0·3), a w czwartym tygodniu ostatnie (0·4). Przeważnie równocześnie stosował i rtęć. Preparat salwarsanowy w połączeniu ze srebrem rozpuszczał w 10 cm³ wody przekroplonej. Przy wstrzykiwaniu okazywały się pewne techniczne trudności, gdyż z powodu ciemnej barwy roczczynu nie można było zauważyć aspirowanej do strzykawki krwi. Z objawów ubocznych zauważył G. tylko podniesienie ciepłoty (w jednym przypadku do 40°). Objawów naczynionerwowych (Pinkusa) i naczynioruchowych (Galewsky, Sellei), jakoteż następowych n. p. wczesnej lub późnej żółtaczki — również nie zauważył. Przytaczając przypadek Rieckego, w którym chory umarł w 17 dni po siódmem wstrzyknięciu salwarsanu ze srebrem, przestrzega G., aby wykluczyć z leczenia wszystkie te przypadki, w których po pierwszem lub drugiem wstrzykiwaniu występują podejrzane objawy, jak podniesienie ciepłoty lub objawy naczynioruchowe. Wyniki lecznicze były bardzo dobre. Krętki blade znikały bardzo szybko, zmiany kiłowe wsysały się rychło. Preparat ten stoi wyżej od stałego salwarsanu ze względu ma małe własności trujące, jak również od neosalwarsanu ze względu na swe silniejsze działanie. Doc. Dr F. Walter.

Riecke: **Leczenie wiewióra podniesieniem ciepłoty.** (Arch. f. Derm. T. 76. Z. 2). W fizycznem lecznictwie wiewióra oddawna już stosowano leczenie ciepłem i w tym celu podano cały szereg przyrządów dla osiągnięcia w cewce moczowej wyższej ciepłoty miejscowej. Weiss przez ogólne podniesienie ciepłoty ustroju gorącemi kąpielami o ciepłocie dochodzącej do 42° C. starał się otrzymać wyleczenie wiewióra. Ciepłota tak wysoka wystarcza do zabicia dwoinek wiewiórowych w krótkim czasie. Riecke zastosował ten sposób leczenia w 32 przypadkach wiewióra, w których zastosował 140 gorących kąpieli co drugi dzień. Do leczenia wybierał ludzi poza wiewiórem bezwzględnie zdrowych, gdyż ten sposób leczenia był bardzo uciążliwy i wyczerpujący dla leczonych. Następowych objawów szkodliwych dla ustroju nie zauważył R. nigdy, ale objawy, towarzyszące w czasie trwania kąpieli, były bardzo przykre, tak że chorzy niechętnie poddawali się dalszym zabiegom. Uczucie osłabienia, bóle głowy, nudności, krótki oddech, a nawet zapad, zmuszały do wcześniejszego przerwania kąpieli. W czasie trwania kąpieli konieczny jest ścisły nadzór lekarski. Na 140 kąpieli stosowanych, w jednym tylko przypadku uzyskano ciepłotę ustroju, dochodzącą do 42° C., w 34 przypadkach tylko do 41°, w 75 do 40°. Wyniki leczenia były niekorzystne. Wyleczenia wiewióra nie osiągnięto ani razu, mimo że stosowano po 6—8 kąpieli, również czas leczenia następowego nie uległ skróceniu, a nawet w pewnych przypadkach dała się zauważyć skłonność do przewlekłego przebiegu wiewióra. Doc. Dr F. Walter.

R. Thim: **W sprawie barwienia dwoinek Neissera.** (Derm. Woch. 1920, 5). Autor podaje następującą metodę barwienia dwoinek wiewiórowych: Ropę badaną rozetrzeć na szkiełku podstawowem w bardzo cienkiej warstewce, wysuszyć na powietrzu i utrwalić w płomieniu gazowym lub spirytusowym. Barwić na zimno, nie podgrzewając, 10—15 sekund (lepiej krócej niż dłużej) w mieszaninie jednej części karbolowego fioletu goryczkowego z dwoma częściami roczczynu alkalicznego błękitu metylenowego Löfflera. Opłukać, osuszyć i preparat gotowy. Obrazy mają być bardzo przejrzyste i kontrastowe. Jądra ciałek ropnych i dwoinki wiewiórowe barwią się ciemnoniebiesko, protoplazma blado lub różowofiołkowo. Jądra nabłonków ciemnofioletowe, protoplazma nabłonków jasnofioletowa; ziarnistość jądrowa ciemnoniebieska, nitki śluzu fioletowe. Ciemnoniebieskie dwoinki wiewiórowe i niebieskie ciałka ropne występują bardzo wyraźnie na tle jasnofioletowem, nawet przy położeniu wśródkomórkowem. Inne bakterje barwią się również ciemnoniebiesko. Dr Tadeusz Pawlas.

J. Schaumann: **Dodatni odczyn Wassermanna w 2 przypadkach tuberkulidów.** (Ann. de derm. Wrzesień 1918). Autor, nawiązując do pracy Ravauta, który opisał cały szereg tuberkulidów, dających nietylko odczyn Wassermanna dodatni, ale i korzystne wyniki lecznicze po stosowaniu nov-arsenobenzolu, podaje dwa własne spostrzeżenia tuberkulidów z odczynem Wassermanna dodatnim. Były to: 1) toczeń rumieniowaty »fixe« i tuberkulidy guzkowo-zgorzelinowe u służącej 38-letniej i 2) tuberkulidy u mężczyzny 30-letniego. W obu przypadkach rozpoznanie zmian skórnych nie ulegało żadnej wątpliwości. Potwierdzały je: w przypadku pierwszym reprodukcje podobnych zmian w miejscu wstrzyknięcia tuberkuliny wśródskórnie metodą Mantoux, w przypadku drugim pryszczykowe zapalenie spojówki, zajęcie lewego szczytu i odczyn tuberkulinowy dodatni. Odczyn Wassermanna dał nawet przy użyciu $1/5$ ilości surowicy zupełne zahamowanie hemolizy. Natomiast bardzo drobiazgowe badanie w kierunku kiły wrodzonej, czy też nabytej, dało wynik ujemny. Odczyn luetynowy (metodą Noguchiego) ujemny. Autor twierdzi, że O. W. dodatni stwierdzano już u osobników z tuberkulidami

tak często, że nie należy się wahać z wyłączeniem ich ze związku z kiłą. Ciekawym jest fakt, że odczyn ten spotykamy w tuberkulidach, a nie w schorzeniach skóry typowo gruźliczych (n. p. lupus vulgaris). Autor twierdzi, że wyświetlenie tego zagadnienia rzuci nieco światła na sprawę, jakie różnice patogeniczne istnieją między tuberkulidami, a typową gruźlicą skóry i przypuszcza, że prawdopodobnie główną rolę gra tu stan uodpornienia ustroju. W praktyce ma odczyn W. dodatni przy tuberkulidach bardzo duże znaczenie, wiemy bowiem, że wprowadzenie rtęci do ustroju gruźliczego może pogorszyć zmiany w narządach wewnętrznych. Dr Tadeusz Pawlas.

R. Weichbrodt i F. Jahnel: **Wpływ wysokiej ciepłoty na krętki blade i objawy chorobowe kiły u zwierząt.** (Deut. m. Woch. 1919, 18). Znaną jest rzeczą, że dłużej trwające gorączki (n. p. wskutek róży, duru) wpływają korzystnie na porażenie postępujące. Autorzy, przypuszczając, że gra tu rolę działanie niszczące wysokiej ciepłoty na krętki blade, wykonywali następujące doświadczenia na królikach, u których doświadczalnie wywołano kiłowe owrzodzenie pierwotne jądra. Króliki zamykano na 1/2 godziny do cieplarki o ciepłocie 40° C. Ciepłota (mierzona w odbytnicy) królików dochodziła wówczas 42—44, a nawet 45° C. i spadała po wyjęciu ich z cieplarki w przeciągu kilku minut do poziomu prawidłowego. Eksperyment ten powtarzano przez szereg dni codziennie 1—2 razy, podnosząc ciepłotę termostatu jeszcze nieco wyżej. Wpływ był następujący. W dwa dni po zastosowaniu dostatecznie wysokiej ciepłoty krętki przestawały się poruszeć, zmniejszała się ich ilość, wreszcie ginęły. Równocześnie rozpoczynało się wessanie stwardnienia kiłowego, co trwało około 3—5 tygodni. Przy niedostatecznych dawkach ciepła znikają wprawdzie krętki i stwardnienie staje się miększe, ale po paru dniach pojawiają się krętki na nowo, a owrzodzenie twardnieje i powiększa się. To samo spotyka się przy ogrzewaniu silniejszem (do 45° C.), ale jednorazowem. Najlepsze i zupełnie pewnie wiodące do wygaśnięcia sprawy kiłowej są ogrzewania, często się powtarzające, dochodzące najwyżej do 43° C. Dr Tadeusz Pawlas.

Gellis i Winter: **O leczeniu powikłań wiewiórowych wstrzykiwaniami mleka.** (Arch. Derm. u. Syph. T. CXXVI, 1, 1918). Autorowie zastosowali metodę śródmiąższowego wstrzykiwania wyjałowionego mleka (Müller i Weiss) w przypadkach powikłań wiewiórowych (60 przypadków zapaleń najądrza, 3 zapalenia stawów, 1 ropień okołocewkowy, 3 zapalenia naczyń chłonnych i 4 przypadki niewiewiórowego zapalenia najądrza). Jako pierwszą dawkę wstrzykiwali w mięśnie pośladków 4—5 cm³ mleka, wygotowanego w kolbie Erlenmayera. Następne wstrzykiwania powtarzali w odstępach 5-dniowych. Po pierwszem wstrzykiwaniu występowało w 5—6 godzin podniesienie się ciepłoty, ustępujące zwykle na drugi dzień. Objawów ogólnych niepokojących nie zauważyli nigdy, a objawy miejscowe były rozmaite, nieraz nawet bardzo silne. W czasie wykonywania tych zabiegów zauważyli, że powolne wprowadzanie mleka wywoływało mniejszy odczyn. Aseptyki przestrzegali ściśle, to też na 500 wstrzykiwań nie mieli ani jednego powikłania. Odczyn miejscowy w zmianie chorobowej występował bardzo szybko, na drugi dzień po wstrzyknięciu już zmniejszały się bole, obrzęk n. p. najądrza i worka mosznowego ustępował nieraz bardzo widocznie. W 11 przypadkach sprawa chorobowa ustąpiła po jednem wstrzyknięciu, w 21 po 2, w 10 po 3, w 8 po 4, a pięć wstrzykiwań zastosowano w trzech przypadkach. Czas leczenia wynosił od 3 —15 dni. Zapalenie najądrza ustępowało zwykle po 3 wstrzyknięciach. Doskonałe wyniki otrzymywali G. i W. przy zajęciu wiewiórowem stawów. Również na samą pierwotną sprawę chorobową (wiewiór cewki) wpływ miał być bardzo dodatni. W 31 przypadkach miało nawet wystąpić zupełne wyleczenie i to w sposób »podziwu godny«. W niektórych przypadkach, gdzie poprzednio stosowano leczenie szczepionkami bez wyniku, wstrzykiwania mleka odniosły pożądany skutek. Doc. Dr Walter.

W. Schönfeld: **Badania doświadczalne nad nieobecnością jadowitych prątków gruźliczych we krwi chorych na gruźlicę skóry, po zastosowaniu tuberkuliny w celach rozpoznawczych.** (Arch. f. Derm. u. Syph. T. CXXVI. II. 1919). Schönfeld starał się rozstrzygnąć pytanie, czy w przypadkach gruźlicy skóry mogą znajdować się prątki gruźlicze we krwi i czy przy szczepieniach tuberkuliną w celach rozpoznawczych nie następuje uruchomienie prątków gruźliczych i obecność ich we krwi. Przeprowadził swe doświadczenia na 14 przypadkach tocznia, liszaja zołzowego, gruźlicy skóry i t. d. i w jednym tylko przypadku znalazł laseczniki, barwiące się sposobem Ziehla i Mucha, a postacią swą przypominające bardzo typowe prątki gruźlicze. Krew wziętą w tych przypadkach z żyły łokciowej (po poprzedniem zastosowaniu u tych chorych tuberkuliny) szczepił świnkom morskim. Na podstawie swych doświadczeń dochodzi Schönfeld do następujących wniosków: a) Prątki gruźlicze znajdują się bardzo rzadko w obiegu krwi chorego na gruźlicę skóry. Przechodzenie prątków gruźliczych do obiegu krwi jest bardzo ograniczone, o wiele rzadsze niż w przypadkach gruźlicy narządów wewnętrznych. b) Uruchomienie prątków gruźliczych przez tuberkulinę stosowaną w dawkach rozpoznawczych (albo przez wlewanie dożylne sinku złotawopotasowego) doświadczalnie nie zostało wykazane. Doc. Dr Walter

Medycyna teoretyczna.

Frank: **Zwyrodnienie skrobiowate jako wyraz pierwotnego lub wtórnego zakażenia prątkami otoczkowemi** (grupy Fiedländera). (Münch. m. W. 1916, 13). Wobec zmienności i niepewności wyników, jakie rozmaici badacze miewali przy próbach doświadczalnego wywołania skrobiawicy u zwierząt, nasuwa się przypuszczenie, że przyczyną zwyrodnienia skrobiowatego nie jest żaden z tych czynników, które w tych doświadczeniach stosowano; wobec tego podjął F. próby z prątkiem otoczkowym z grupy prątków Friedländera, wyhodowanym z jednego przypadku skrobiawicy u 60-letniego mężczyzny. Okazało się, że hodowle tego prątka wywoływały skrobiawicę u białych myszy we wszystkich bez wyjątku doświadczeniach, podjętych przez F. Na tej zasadzie szukał już potem F. tego prątka w dalszych przypadkach skrobiawicy u ludzi i znalazłszy go istotnie w 4 jeszcze takich przypadkach w treści jam gruźliczych (raz w ropie przy zapaleniu szpiku) przypisuje wyłącznie jemu znaczenie etyologiczne w zwyrodnieniu skrobiowatem. r.

Doc. Schleissner: **W sprawie etjologji płonicy.** (Jahrb. f. Kinderh. 82). Zapomocą wdmuchiwania paciorkowców, wyhodowanych z przypadków płonicy, do nosa i gęby, powiodło się S. u 12 na 27 małp wywołać zakażenie, przebiegające z gorączką, zapaleniem gardła i osutką na skórze, po której w 10—12 dni następowało łuszczenie się naskórka płatami. Te same zmiany powiodło się wywołać, pędzlując gardło małp zdrowych wydzieliną z gardła małp zakażonych. Próby wywołania ponownego zakażenia u małp, które raz je przebyły, nie powiodły się, powstawała więc odporność. Z tego wszystkiego wnosi S., że przyczyną płonicy są, wbrew wszystkim podnoszonym wątpliwościom, przecież paciorkowce. r.

A. Riff: **Przyczynek do etjologji zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Presse méd. 1919, 52). Wychodząc z założenia Letullea i Aschoffa, że w zapaleniu wyrostka robaczkowego sprawa patologiczna ma punkt wyjścia w jego świetle (»entérogène« a nie »hématogène«) i że zakażenie znajduje swe wrota w nadżerkach błony śluzowej, poszukuje R. czynnika pośredniego, który otwiera te wrota i wskazuje za Stillem i Miecznikowem na pasorzyty zwierzęce, tak częste i liczne w przewodzie pokarmowym. Zdrowa śluzówka bowiem bakteryi nie przepuszcza, a teoryę Aschoffa, wzmożenia jadowitości drobnoustrojów przez zatrzymanie się treści w wyrostku, uważa R. za niewytrzymującą zarzutów. Pomijając takie pasorzyty, jak glisty, tasiemce, węgorki i t. d., które, jeżeli odgrywają jakąś rolę, to w każdym razie małą, zajmuje się R. obszernie glistnicą robaczkową. Wykazywał ją często w samych wyrostkach. W 152 przypadkach zapalenia wyrostka było 13% wolnych wogóle od pasorzytów; z pozostałych w 48% wykrył glistnicę. W drugiej seryi badał R. 63 wyrostków dzieci poniżej lat 15 i otrzymał jeszcze wyższe cyfry, bo 80% zawierało glistnicę. Glistnice, wywołując ubytki w śluzówce, stwarzają warunki dla działania bakteryi. Tłómaczy to, dlaczego zapalenie wyrostka dotyczy biednych i bogatych, dlaczego najczęstsze jest między 5—20. rokiem życia, dlaczego tak rzadkie u dzieci karmionych i dlaczego jest chorobą do pewnego stopnia zaraźliwą. Wnioski praktyczne: W przypadkach rozpoznawczo wątpliwych wykazanie glistnicy przemawia, zdaniem R., za zapaleniem wyrostka, a wynalezienie pewnego środka przeciw glistnicy powinno obniżyć liczbę schorzeń wyrostka. Dr Glatzel.

Higjena społeczna.

Kutschera: **Przyczyny zmniejszenia się śmiertelności z gruźlicy.** (Wiener klin. Wochenschr. 1917, 3). Poglądy, wypowiedziane przez Kutscherę, protomedyka Tyrolu, na Zjeździe przeciwgruźliczym w Wiedniu (17. XII. 1916), odbiegają w wielu względach od poglądów dotychczasowych. Wprawdzie wychodzi Kutschera z uznanej powszechnie zasady, że skuteczne zwalczanie gruźlicy polega na zmniejszeniu sposobności do zakażenia i na wzmożeniu odporności ustroju (przez podniesienie dobrobytu ludności i zdrowia jednostek), jednakże twierdzi, że w pewnych warunkach może uprzemysłowienie kraju zmniejszyć częstość gruźlicy, że śmiertelność z gruźlicy waha się równolegle z liczbą urodzin i że sposobność do zakażenia się gruźlicą zmniejsza się nie tyle wskutek zarządzeń sanitarno-higienicznych, ile wskutek pojawiania się pewnych epidemii (zwłaszcza grypy). Uprzemysłowienie wywołuje przesiedlanie się ludności wiejskiej do miast i znacznie zrazu wśród niej większą śmiertelność z gruźlicy; jestto jednakże, zdaniem Kutschery, rodzaj doboru naturalnego, przez który w pokoleniu następnem poprawia się (?) konstytucya ustrojów, wzmacnia odporność i zmniejsza śmiertelność z gruźlicy (?). Spadek liczby urodzin wywołuje według Kutschery zmniejszenie się bezwzględnej liczby śmiertelności dzieci z gruźlicy, co może także wpłynąć na zmniejszenie się odsetka tej śmiertelności (?), ponieważ śmiertelność z gruźlicy wśród dzieci jest największa w pierwszym roku życia. Przypuszcza też Kutschera, że za zmniejszeniem się liczby urodzin idzie poprawa dobrobytu, a za tem znów poprawa konstytucyi i zwiększenie odporności ustrojów. Co do wpływu epidemii, to zdaniem Kucery, n. p. grypa w r, 1890, zdziesiątkowawszy przedewszystkiem suchotników, zmniejszyła przez to znacznie sposobność do zakażania się reszty ludności. Napływowi suchotników do stacyi klimatycznych i zdrojowisk przypisuje Kutschera znaczny wpływ na wzmożenie się śmiertelności wśród ludności miejscowej, jeżeli suchotnicy nie są umieszczani w zamkniętych sanatoryach. Praktyczne wskazówki, które podaje Kutschera dla zwalczania gruźlicy, nie różnią się jednak, mimo tych jego zapatrywań, od dotychczasowych reguł postępowania; należy więc wszystkimi środkami starać się o poprawę zdrowia ludności, o jej wzmocnienie i o zmniejszenie sposobności do zakażania się. Chcieć zwalczać gruźlicę przez obniżenie liczby urodzin byłoby ciężkim błędem; natomiast należy rodzinom o licznem potomstwie szczególnie przychodzić z pomocą, aby poprawić konstytucję i odporność tego potomstwa. C.

Ćwierćwiekowy jubileusz Wydziału lekarskiego lwowskiego i Zjazd w sprawie organizacji nauki lekarskiej w Polsce.

Poważny obchód jubileuszowy ćwierćwiecza Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza rozpoczął się 23. V. 1920 po nabożeństwie w katedrze uroczystą »Akademią« w pięknej nowej auli uniwersytetu (sali posiedzeń b. Sejmu galicyjskiego) w obecności wszystkich dostojników, mających siedzibę we Lwowie, delegatów Wszechnic krakowskiej, wileńskiej i warszawskiej, Towarzystwa naukowego warszawskiego, Towarzystw lekarskich z Krakowa, Warszawy i Lublina, przedstawiciela Ministerstwa wojny, całego grona profesorów Wszechnicy lwowskiej w togach, prawie wszystkich lekarzy lwowskich, tłumów młodzieży uniwersyteckiej i publiczności. Wspaniałe przemówienia wygłosili rektor Uniwersytetu prof. A. Halban i dziekan Wydziału lekarskiego prof. W. Sieradzki, poczem prof. W. Szumowski miał wykład p. t. »Z przeszłości lekarskiej Lwowa«. Przemówienia delegatów nastąpiły dopiero na południowem zebraniu towarzyskiem w hotelu Georgea; przemawiali tam b. profesor Wydziału lek. lw., wiceminister spraw zagr. Dąbrowski, imieniem Ministerstwa wojny ppułk. prof. Żebrowski, od Wszechnicy krakowskiej prof. Ciechanowski, od wileńskiej prof. Ziemacki, od Towarzystwa naukowego warszawskiego prof. Kryński i i. Popołudniu został w Zakładzie anatomicznym odsłonięty pomnik prof. H. Kadyjego, organizatora i pierwszego profesora Wydziału, przyczem przemawiał jego uczeń i następca prof. Markowski i rektor Halban. Wieczorem odbyła się wieczornica żołniersko-studencka w lokalu kursu medyków wojskowych, jednocząca w niezmiernie miłym nastroju słuchaczy z profesorami (już nie poraz pierwszy w tym roku), a uświetniona tym razem oprócz innych produkcji muzycznych i literackich grą znakomitej pianistki p. Ottawowej i śpiewem najświetniejszej z pieśniarek polskich p. Szymanowskiej.

Zjazd w sprawie organizacji nauki lekarskiej rozpoczął się 23. V. popołudniu. Zagaił go prof. Machek. Przewodniczącymi wybrano prof. Gluzińskiego z Warszawy, Rosnera z Krakowa, Ziemackiego z Wilna. Ponieważ szef sekcji prof. Wrzosek w ostatniej chwili nie mógł przybyć, jak był zapowiedział, przeto prof. Sieradzki w jego zastępstwie streścił program studjów lekarskich w Polsce, przygotowany przez Ministerstwo oświecenia, poczem szczegóły programu oświetlił prof. Beck. W dyskusji przemawiali prof. Rosner, Ciechanowski, Ziemacki, Zalewski, Papée, Ostrowski. Drugi referat przedstawił prof. Ciechanowski z Krakowa: »O piśmiennictwie lekarskiem polskiem«. Wywody referenta zyskały poparcie zebrania i wywołały mimo spóźnionej pory bardzo żywą dyskusję w tej niezmiernie ważnej dziś sprawie. Wybrana komisja (Dr Szumlański i prof. Parnas z Warszawy, prof. Nowicki i Bednarski ze Lwowa, oraz referent) przedstawiła nazajutrz zgodne z wywodami referenta następujące wnioski, które Zjazd jednomyślnie uchwalił:

»Pożądana jest na razie unifikacja czasopism dawniejszych a obecnie wychodzących dla ogółu lekarzy-praktyków. W obecnych warunkach szkodliwe jest tworzenie nowych i wskrzeszanie nie wychodzących obecnie czasopism dla ogółu lekarzy, czy poszczególnych grup zawodowych (wojskowych, szkolnych, rządowych). Niepożądane jest wznawianie zawieszonych drobniejszych czasopism o typie archiwalnym. Natomiast konieczne jest utworzenie jednego czasopisma tego typu. Rzeczą palącą jest wydawnictwo podręczników oryginalnych czy tłumaczonych za pomocą wydatnych subwencji rządowych. Należy w tym duchu wystosować do władz memorjał, zredagowany przez komisję (tęsamą). — Konieczną jest cenzura ogłaszanych publikacyj pod względem treści i formy przez czynniki redakcyjne. Dla wyrobienia młodych sił piśmienniczych należy tworzyć przy Wydziałach lekarskich ocenę prac rękopiśmiennych i subsydja na druk prac, uznanych przez Wydział za wartościowe«.

W drugim dniu Zjazdu wygłosił prof. Gluziński z Warszawy referat »O specjalnych studjach lekarskich«, prof. Rosner z Krakowa referat świetny formą, a nadzwyczajnie zajmujący i doskonale skonstruowany p. t. »Kobieta jako lekarz«. Dyskusja nad obu referatami była bardzo interesująca. Ale najdłuższą dyskusję wywołał referat »Lekarz wojskowy«, opracowany przez prof. Henryka Halbana, który bronił stanowiska, iż lekarz woj-

skowy powinien być przedewszystkiem dobrym lekarzem, i wytykając błędy w organizacji korpusu lekarskiego różnych armii, wskazywał, jak tych błędów w Polsce możemy uniknąć, strzegąc się przedewszystkiem nadmiernego »militaryzowania« lekarzy. Stanowisko prof. Halbana podzieliła olbrzymia większość mówców w dyskusji. Zjazd zakończył się wykładem Dr Szenajcha z Warszawy p. t. »Udział lekarzy w pracy społecznej«. Inne referaty odpadły z powodu braku czasu (m. i. tak ważne, jak »o przygotowaniu przyszłych docentów« i »o wzorowych urządzeniach zakładów«).

Uczestnicy jubileuszu i Zjazdu opuszczali Lwów ze wspomnieniem chwil nadzwyczaj miłych i obrad istotnie pożytecznych.

C.

Wiadomości bieżące.

Komitet lekarski francusko-polski w Warszawie ogłasza w sprawie prenumeraty czasopism francuskich, wydawanych przez p. E. Masson, po cenie zniżonej (1 marka polska = 1 frankowi), że zniżona cena dotyczy wyłącznie czasopism, wydawanych przez tego nakładcę, a nie dotyczy żadnych innych czasopism, ani książek. (Co do książek innych nakładów toczą się nieukończone dotąd pertraktacje). Czasopisma nakładu p. Masson zamawiać można wyłącznie przez »Komitet francusko-polski warszawski (Warszawa, Widok 23, w Stowarzyszeniu lekarzy polskich)«, z Małopolski, również za pośrednictwem Komitetu krakowskiego (sekr. Dr K. Morawski, klinika ginekologiczna). Przy zamówieniu należy z góry przesłać przedpłatę z dodatkiem 10% na koszta administracyjne. Prenumeratorzy otrzymają pisma od początku r. 1920. Ceny czasopism lekarskich są następujące (poprzednio ogłoszony spis i ceny są nieważne):

Annales de Dermatologie	40 fr.
» de l'Institut Pasteur	36 »
» de médecine	40 »
» médico-psychologiques	35 »
L'Anthropologie T. XXX	40 »
Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition	28 »
» de médecine des enfants	30 »
» d'Ophtalmologie	40 »
Bulletin de l'Académie de Médecine	30 »
» de la Société anatomique	17 »
» de la Société de Chirurgie	40 »
» de la Société de Dermatologie	25 »
» de la Société medicale des Hôpitaux	40 »
» de la Société de Pathologie	32 »
» de la Société de Radiologie	32 »
Comptes rendus de la Soc. de Biologie	45 »
Gynécologie et obstétrique	50 »
Journal de Chirurgie	65 »
» de Physiol. et de Path. gén.	55 »
» de radiologie et electrologie	46 »
» d'urologie	45 »
Lyon chirurgical*)	35 »
La Nature	50 »
La Presse médicale	40 »
Revue d'Hygiène et de Police sanitaire	36 »
Revue neurologique	55 »
Revue d'Orthopédie	30 »
Revue de Stomatologie	30 »
Revue de la Tuberculose	35 »

*) Chirurgom polskim ofiaruje to pismo redaktor prof. Leriche bezpłatnie, o ile się zgloszą pod adresem: Directeur de service de santé de la Mission militaire française en Pologne. Varsovie. Secteur postal 311.

Sprawy sanitarne w Sejmie. Czytamy w dziennikach: Komisja zdrowia publicznego przyjęła 1. VI. sprawozdanie ministra Dr Chodźki i komisarza Dr Rejchmana o pertraktacjach, prowadzonych przez ministra Dr Chodźkę w Londynie i Rzymie z ramienia rządu o pomoc Ligi narodów w zwalczaniu chorób epidemicznych. Co do wykonania uchwał londyńskich i rzymskich, oraz co do programu rządu w tej sprawie, odroczono decyzję do czasu otrzymania dokładnych danych od komisarza londyńskiego. Sprawa ordynacji lekarskiej uległa chwilowo dalszemu odwleczeniu z powodu wyjazdu referenta Dr Bobrowskiego. Co do pomocy, jakiej Liga narodów ma Polsce udzielić w walce z tyfusem plamistym, to (według informacji, udzielonych Redakcji »Czasu« przez prof. Rostworowskiego) uchwaliła Liga narodów na zasadzie sprawozdania międzynarodowej Konferencji sanitarnej, uznając Polskę za przedmurze przeciw epidemji, 1) przyznać Polsce 2 miliony funtów szterlingów zasiłku, zebranych jako podatek z państw sprzymierzonych i zaprzyjaźnionych, 2) mianować naczelnym komisarzem, kierownikiem walki z tyfusem, p. Kenyon Vaughan-Morgana, (Lloyd's Bank, Londyn), a komisarzem lekarskim Dr Normana White, 3) upoważnić komisję ekspertów do mianowania wspólnie z naczelnym komisarzem — komitetu wykonawczego. (Jednym z członków tego komitetu mianowano Dr Rejchmana).

Akademja lekarska ma być, jak słychać, wkrótce utworzona z siedzibą w Warszawie na wzór paryskiej »Académie de médécine«, jako instytucja niezależna od Akademji Umiejętności. Grono organizacyjne ma podobno składać się z tych członków Akademji Umiejętności, którzy są doktorami medycyny, oraz z kilku osób, zaproszonych przez Ministerstwo oświaty.

Organizacja studjów lekarskich w Polsce. Ministerstwo wyznań i oświecenia publicznego wyda w najbliższym czasie przepisy, regulujące jednolicie studya lekarskie w Polsce.

Z Uniwersytetów. Budowa nowego gmachu kliniki położniczej w Krakowie, która miała się zacząć już przed wojną, zaczęła się nareszcie (po pokonaniu bardzo wielkich trudności, o których rodzaju nie chcemy tu nawet wspominać) w czerwcu b. r. — Nowy gmach kliniki chorób skórnych i wenerycznych we Lwowie oddany został do użytku kliniki. — Profesorem neurologji w Uniwersytecie warszawskim został mianowany Prof. Dr K. Orzechowski ze Lwowa, profesorem ginekologji i położnictwa doc. Dr Adam Czyżewicz ze Lwowa, profesorem pedjatrji Dr Mieczysław Michałowicz z Warszawy, a profesorem zwyczajnym anatomji topograficznej i chirurgji operacyjnej w Wilnie prof. Dr Józef Ziemacki z Petersburga. — Dziekanem Wydziału lekarskiego w Warszawie został wybrany prof. Dr Antoni Gluziński.

Towarzystwo lekarzy b. Galicji odbyło Walne Zgromadzenie — pierwsze po 6-letniej przerwie — we Lwowie 23. V. 1920. Zgromadzenie uchwaliło zmianę statutu, przystosowaną do zmiany stosunków politycznych, zatwierdziło sprawozdanie Rady zawiadowczej (ogłoszone w Nr. 5 »Lwowskiego Tygodnika lek.«) i wybrało nową Radę zawiadowczą, powołując na prezesa Dr Z. Lachowicza. Ustępującego prezesa prof. Dr Emanuela Macheka wybrało Zgromadzenie w uznaniu jego wieloletniej pracy i wielkich dla Towarzystwa zasług — członkiem honorowym.

Z lubelskiego Towarzystwa lekarskiego. W d. 20. VI. odbędzie się poświęcenie tablicy pamiątkowej, ufundowanej z inicjatywy Lubelskiego Towarzystwa lekarskiego przez społeczeństwo w celu trwałego uczczenia zasług ś. p. Dr Ignacego Baranowskiego, znakomitego lekarza i profesora, gorącego patrjoty i wybitnego działacza na niwie pracy społecznej. Tablica umieszczona będzie w Rynku na domu Nr 17, w którym się ś. p. prof. Baranowski urodził.

Zarząd Bibljoteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa kol. Dr Surzyckiemu, kol. Dr Weinsbergowi i panu Jednorakowi z Krakowa serdeczne podziękowanie za czasopisma i książki ofiarowane bibliotece. Dr Blassberg, bibliotekarz.

Związek lekarzy Państwa polskiego tworzy koła prowincjonalne. Jedno z pierwszych kół powstało w Łucku.

Do ogółu lekarzy wydało Ministerstwo zdrowia publ. okólnik (Nr VIII. 11530/183) z wezwaniem, by chorych kierowali przedewszystkiem do polskich specjalistów i zdrojowisk. Ministerstwo stwierdziło bowiem, że w ostatnich zwłaszcza czasach wielu lekarzy z Grodna, Łowicza, Łodzi, Warszawy i Krakowa (!) wystawia świadectwa, stwierdzające konieczność wyjazdu zagranicę dla operacji w Berlinie (!) lub leczenia się w zdrojach pruskich. (Ciekawa rzecz, ilu też wśród tych chorych jest młodych mężczyzn).

Dla wdów i sierot po lekarzach wojskowych. Przy Departamencie sanitarnym Ministerstwa spraw wojskowych powstało Towarzystwo, mające na celu udzielanie zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach wojsk polskich. Podania o wsparcie wdowy i sieroty, pozostające w ciężkich warunkach materjalnych, wnosić powinny do Zarządu głównego Towarzystwa w Warszawie, Departament sanitarny Ministerjum wojny (Nowolipki Nr 3). W podaniach kandydatki do zapomóg powinny powołać się przynajmniej na dwóch poważnych obywateli kraju, dobrze poinformowanych o stosunkach rodzinnych wdowy.

Położenie lekarzy w Warszawie jest według »Gazety lekarskiej« (Nr 23/24) bardzo złe. W artykule »W sprawie oceny pracy lekarskiej« oblicza E. O., że »wzięty« lekarz w Warszawie, pracując 12 godzin na dobę, nie zarabia nawet tyle, aby sobie

i rodzinie sprawić odzież i obuwie, nie mówiąc o zakupnie książek fachowych, narzędzi i t. d. Znamienna jest także następupująca skala płac personalu szpitalnego:

lekarz naczelny	2155	marek
ordynator	940	»
asystent	643	»
palacz i stróż po	2175	»
posługacz (ka)	2050	»
dezynfektor	2450	»

Zjazd psychiatrów polskich zwołuje Wydział psychiatryczny Ministerstwa zdrowia publicznego na wrzesień r. b.

Trudności wydawnictw lekarskich zagranicą są do naszych coraz podobniejsze. I tak jeden z dwu największych nakładców lekarskich niemieckich, J. F. Lehmann w Monachium, wydał do czytelników wydawanych przez siebie czasopism okólnik, że z powodu podrożenia papieru i druku o 300%, a potem o 1000%, zmuszony jest wśród roku podnieść przedpłatę... i t. d.

Choroby zakaźne. Kraków od 11. IV. do 29. V. 1920: na dur plamisty zachorowało osób 462, † (zmarło) 81, brzuszny 19 † 4, powrotny 16, ospa 1 † 1, czerwonka 6 † 2, płonica 36 † 2, błonica 12 † 2, zapalenie opon 3 † 2, śpiączka (encephalitis lethargica) † 2, grypa † 7. — Łódź od 2. V. do 29. V. 1920: dur plamisty 84 † 10, brzuszny 37 † 3, powrotny 11, czerwonka 2 † 1, płonica 63 † 13, błonica 13 † 2, zapalenie opon 15 † 3, gruźlica † 139.

Ministerstwo zdrowia przypomina (L. 12929/2367 W. I.) lekarzom praktycznym o obowiązku zgłaszania każdego przypadku włośnicy.

Zmarli: Dr Stanisław Rybicki, członek honorowy Towarzystwa lek. warsz., uczestnik walk z r. 1863, w Warszawie w 77 r. ż., Dr Adam Drozdowski, ordynator szpitala miejskiego, prezes Towarzystwa lek. w Kaliszu, Dr Samuel Aronsohn w 63 r. ż. w Krakowie; Dr Władysław Cholewiński, bardzo zasłużony pracownik społeczny zwłaszcza oświatowy i karany za to przez rząd rosyjski więzieniem, honorowy obywatel m. Rypina, w 68 r. ż. w Rypinie; Dr F. Konopacki w 54 r. ż. w Warszawie; Dr A. Płoszko, założyciel »Domu polskiego« w Baku, w Warszawie.

Prof. Dr Emerich Maixner, znakomity klinicysta czeski, wieloletni redaktor »Casopisu lékarův českych«, członek honorowy wielu Towarzystw lekarskich, także polskich, w Pradze.

Z duru plamistego: Dr Tadeusz Majewski, pułkownik-lekarz W. P., szef sanitarny D. O. G. Lublin, w 57 r. ż., Dr Stanisław Gürsching, kapitan-lek. W. P., w 48 r. ż. we Lwowie, Dr Herman Mojmir, wielce zasłużony w rozwoju harcerstwa, w 44 r. ż. w Krakowie, Dr Marjan Ziembiński w 40 r. ż. w Wieliczce.

Nadesłano Redakcji: K. W. Majewski: 1) Quelques procédés simplifiés d'orbitoplastie et de fornicoplastie. 2) Boleslas Wicherkiewicz (Revue géner. d'ophtalmologie 1920). — Popielski: 1) Wasserstoffionen u. die sekretorische Thätigkeit der Bauchspeicheldrüse. 2) β = imidazolyläthylamin u. die Organextrakte. (Pflügers Archiv. 1919. 1920). 3) Organoterapia w świetle faktów (Nowe Czas. aptek. 1919). 4) Alkohol a szkoła (Czasop. pedagog. 1920). — A. Nawratil: O użyciu wyskoku drzewnego i spirytusu denaturowanego w przemyśle i o szkodliwem ich działaniu na zdrowie robotników. (Czasop. techn. 1920). 2) O ochronie robotników zatrudnionych przy wyrobie wyskoku drzewnego. (Ibid. 1919).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich:

Gazeta lekarska 1919 Nr 17—22: Puławski: Ś. p. Wł. Gajkiewicz. — Goldflam: Z semiotyki odruchów brzusznych. — Chełmoński: Kilka uwag o swoistości bolu w przebiegu chorób narządów wewnętrznych. — Jakowski: Ś. p. Henryk Rouppert. — Zylbercwajgowa: Przyczynek do oligofazji u epileptyków. — Wretowski: Przypadek wrodzonego dziedzicznego braku wszystkich środkowych paliczków u obu rąk. — Owczarewicz: W sprawie aglutynin i jadów dyzenterycznych szczepów Shiga-Kruse. — Piotrowska: Przyczynek do nowotworów kąta móżdżkowo-mostowego.

Lwowski Tygodnik lekarski Nr 5.: Mahl: Przyczynek do wiadomości o brodawkach, brodaweczkach płaskich i kłykcinach stożkowatych. — Browicz: Stan włóknisty przedsionka lewego w toku t. zw. wad serca i jego znaczenie. — Fuchs-Reichowa: Meningitis serosa.

Lekarz wojskowy Nr 15—17.: Idaszewski i Komocki: Krótki zarys obecnego stanu nauki o włośnicy oraz ... o epidemji włośnicy w jednym z oddziałów W. P. — Karbowski: O dominujących poglądach na sprawę t. zw. nerwicy kontuzyjnej. — Załuska: S. p. Dr Malewski. — Bętkowski: Leczenie ran ropiejących fenolem. — J. K.: Ś. p. Rump. — Składkowski: Polacy jako materjał rekrucki w świetle statystyki sanitarnej armij zaborczych. — Odeński: Uwagi o zimnicy, jej leczeniu i zwalczaniu. — Weigl: O zarazku »Rickettsia Prowazeki« i znaczeniu jego przy durze osutkowym. — Skórczewski: Wgojenie pocisku w mięśniu sercowym.

Kronika dentystyczna Nr 1—3.: Gogolewski: O leczeniu procesów miejscowo-zakaźnych w jamie ustnej. — Zawidzki: Sprawa reformy studjów dentystycznych.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego. Rok III. Nr 1—2. W dziale nieurzędowym: Sterling-Okuniewski: Przyczynek do epidemiologji grypy hiszpańskiej. — Grzywo-Dąbrowski: 1) Sprawozdanie z czynności lekarza sądowego. 2) Kazuistyka sądowolekarska. 3) Dwa przypadki śmierci nagłej u dzieci w związku ze stanem limfatycznym i t. d. — Miklaszewski: Spała, jako miejscowość na uzdrowisko leśne. — Jaroszyński: Poradnia wychowawcza. — Janiszewski: Przemówienie na Zjeździe Związku miast. — Wernic: Walka z nierządem i chorobami wenerycznemi.

Zdrowie 1919/20. Zesz. 9.—1.: Zadębowski: Uregulowanie rozrodczości jako zagadnienie higieny rasy. — Polak: Szkice z podróży w sprawach zdrowia.

Zagadnienia rasy Nr 6. i 7. (Styczeń 1920): Ś. p. Dr Wesołowski. — Manteuffel: Ochrona macierzyństwa pod względem prawno-społecznym. — Stefan Kramsztyk: Zagadnienia eugeniczne a idea państwowa. — Lenartowicz: Stan szpitalnictwa i środków walki z chorobami wenerycznemi we wschodniej części Galicyi. — Sokal: Ochrona pracy kobiet. — Wernic: Stan szpitalnictwa dla chorych wenerycznych w b. Kongresówce. — Statut Polskiego Towarzystwa ze zwyrodnieniem rasy.

Bibliografia.

Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung. (Monachium, J. F. Lehmann). (Cena za I półrocze 25 Mk. niem.). Zeszyt za maj zawiera rozprawy: Pollaka: Patologja i patogeneza padaczki; Prof. Stranskyego: Padaczkowe zboczenia umysłowe; Schmidta: Leczenie padaczki; Mayera: Przegląd psychiatryczno-neurologiczny.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Ogłoszenie konkursu.

Wojewódzki Urząd Zdrowia w Łodzi rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza sądowego Okręgu Łódzkiego. Do posady tej przywiązane są pobory służbowe według VI kategoryi płac tymczasowych przepisów służbowych dla urzędników państwowych ze wszystkimi dodatkami drożyźnianymi, których wysokość zależną jest od stanu rodzinnego.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się:
1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,
2) obywatelstwem polskiem,
3) prawem praktyki lekarskiej w Państwie polskiem,
4) praktyką w zakresie medycyny sądowej.

Należycie udokumentowane podanie należy wnosić w terminie do dnia 15. maja 1920 r. do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowią w Łodzi ul. Rokicińska Nr 53. 247

WOJEWÓDZKI URZĄD ZDROWIA.

Kielce, dn. 10. V. 1920 r.
Nr. 3300.

Wojewódzki Urząd Zdrowia w Kielcach ogłasza konkurs na posadę Inspektora lekarskiego w VI kategorji płacy z terminem do 1. czerwca 1920 r. Podania wnosić należy do Ministerstwa Zdrowia publicznego za pośrednictwem Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Kielcach.

Dr Fuchs,
251 Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

Wakuje stanowisko

lekarza naczelnego

szpitala św. Stanisława (dla chorych zakaźnych) **w Warszawie.**

Płaca zależnie od stanu rodzinnego około 28.000 mk. rocznie oraz dodatek 25% (bez mieszkania).

Podania składać z dołączeniem życiorysu do d. 20. czerwca 1920 r. do wydziału szpitalnictwa (**Jasna 1**). 161

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona

Nr 6. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęc. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

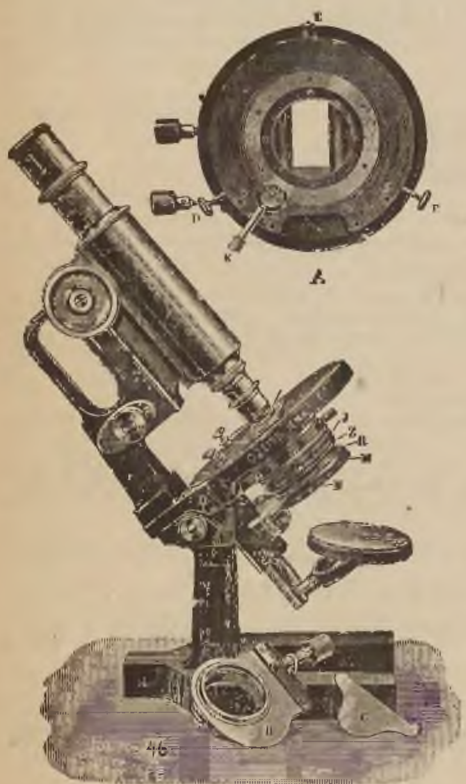
WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K. = Marek 3·50.



Mięśniaki maciczne i ich usadowienie w świetle nauki o konstytucji narządów płciowych kobiecych.

Podał **Prof. Dr Aleksander Rosner**.

W pracy mojej nad konstytucją narządów płciowych kobiecych zaznaczyłem, że jak w całej patologji względnie nosologji, tak i na terenie ginekologicznym potrzebne są badania nad wpływem tego lub innego stanu konstytucyjnego na rozwój i przebieg cierpień kobiecych. Wchodzić tu mogą w grę stany konstytucyjne ogólne lub też częściowe, t. j. o ile chodzi o ginekologję, stan konstytucyjny narządów płciowych kobiecych. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że »asthenia universalis congenita« (Stiller), jeśli nie powoduje, to ułatwia powstanie tyłozgięcia i wypadnięcia macicy. Ograniczam się do tego przykładu, który dowodzi wpływu ogólnego stanu konstytucyjnego na rozwinięcie się schorzenia ginekologicznego. Łatwo zrozumieć, że wady konstytucyjne częściowe, o ile dotyczą części płciowych kobiecych, wpływ taki mieć mogą tem łacniej, tak samo zresztą, jak konstytucyjne niedomogi nerek na cierpienia tego narządu lub wady konstytucyjne psychiczne na rozwój cierpień umysłowych. Wszakżeż w pojęciu konstytucji narządu tkwi myśl o jego odporności i sile życiowej, czynnikach, odgrywających pierwszorzędną rolę w etjologji jego stanów chorobowych.

Byłoby rzeczą praktycznie ważną, a teoretycznie bardzo interesującą spojrzeć na etjologję cierpień narządów płciowych kobiecych z punktu widzenia ich konstytucji. Nie wątpię, że wyszłyby wówczas na jaw fakty, dowodzące, że ten zaniedbany dotychczas czynnik odgrywa potężną rolę w powstawaniu chorób kobiecych. Nie małą korzyść wyniosłaby z tych badań także higjena życia seksualnego kobiety, którego jakość zastosowana być powinna do jakości stanu konstytucyjnego jej narządów płciowych. Wszakżeż inaczej pracować powinien fizycznie człowiek o konstytucyjnie słabych mięśniach, niż siłacz, inaczej obciążać umysł osobnik o konstytucyjnej niedomodze ośrodkowego układu nerwowego, inaczej wysilać się we wszelakiej pracy człowiek o konstytucyjnie słabym narządzie krążenia, niż inny o sercu silnem. Otwiera się tu pole do całego szeregu badań wysoce zajmujących i ważnych, z których zajmie nas dziś jedno, tyczące się mięśniaków macicznych.

Już w pierwszej mojej pracy dotknąłem pobieżnie tej sprawy, oparłszy się na skromnej ówczesnej statystyce, z której wyłoniły się niespodziewane i poniekąd zadziwiające wyniki. Liczby mojego zestawienia zdawały się mianowicie przemawiać za tem, że mięśniaki rozwijają się szczególnie często u kobiet o prawidłowej, silnej konstytucji narządów płciowych, a nie u tych, które, dotknięte dziecięcością lub inną postacią niedorozwoju, są albo do zajścia w ciążę niezdolne, albo mało mają dzieci.

Zdziwienie moje było usprawiedliwione, znany mi był bowiem pewnik, nie podawany dziś przez nikogo w wątpliwość, że mięśniaki rozwijają się szczególnie często u kobiet, które albo dzieci nie miały, albo rodziły małą ich ilość. Zdawałoby się z tego wynikać logicznie, że osób z mięśniakami szukać należy głównie w tej grupie konstytucyjnej, która cechuje się często niepłodnością lub małą płodnością, t. j. w grupie niedomóg konstytucyjnych, niedorozwojów, dziecięcości i t. p.

Wynik, który wyłonił się z moich ówczesnych zestawień, przyjąć więc musiałem z niedowierzaniem, świadom tego, jak niebezpieczne dla każdej prawdy naukowej jest wyciąganie wniosków z liczb zbyt małych. Zdawałem sobie sprawę z tego, że chcąc tej prawdy dociec, trzeba posiąść liczby większe, a przekonany byłem przytem, że rzecz warta jest trudu.

Niniejsza praca opiera się na kilku zestawieniach statystycznych, porusza jednak i oświetla dwa pytania, pierwsze ogólniejsze: jaki jest wpływ stanu konstytucyjnego narządów płciowych na rozwój mięśniaków, i drugie, więcej szczegółowe: czy rozmaite usadowienie się mięśniaków (podśluzowe, podsurowicze) ma jaki związek z tym konstytucyjnym stanem.

I.

Wpływ stanu konstytucyjnego narządów płciowych na rozwój mięśniaków macicy.

Dla wyjaśnienia tej zasadniczej kwestji oparłem się na dwóch zestawieniach, z których każde rzuca na sprawę nas obchodzącą światło z innego punktu.

Pierwsze z tych zestawień jest niejako dalszym ciągiem owej zbyt małej statystyki, na której oparłem się w pierwszej mojej pracy. Zestawienie to powstało w ten sposób, że szczegółowo badałem wszystkie zgłaszające się do mnie osoby z mięśniakami, przyczem starałem się dociec, do której grupy konstytucyjnej osoby te należą, t. j. czy mają narządy płciowe przeciętnie silne, sprawne i odporne (grupa II), czy cechy te występują z większem, niż przeciętnie nasileniem (grupa I), czy przeciwnie badane narządy płciowe okazują konstytucyjną niedomogę (grupa III).

Tak otrzymaną statystykę osób z mięśniakami porównać się naturalnie musi z innem zestawieniem, dającem odpowiedź na pytanie, jak często spotykamy się u zgłaszających się do nas chorych (bez względu na ich cierpienie) z cechami poszczególnych grup konstytucyjnych. Do tego porównania użyłem zestawienia z pierwszej mojej pracy, opartego na 455 przypadkach. Wykazuje ono, że do grupy pierwszej należy 5·2%, do drugiej 55·8%, do trzeciej 39% wszystkich zgłaszających się do nas chorych. Otóż zachodzi pytanie, czy tesame odsetki dla różnych grup konstytucyjnych znajdziemy też w naszym materjale chorych na mięśniaki.

Nowych przypadków tego cierpienia zebrałem 144. Badałem je najstaranniej, poszukując skrzętnie wszelkich cech, na których oprzeć miałem sąd o stanie konstytucyjnym ich narządów płciowych. Starałem się przytem wyzwolić z pod wpływu uprzedzenia i być zupełnie bezstronnym, przedmiotowym. Zdawałem sobie sprawę z tego, że szukam w większych liczbach potwierdzenia zdania, które wypowiedziałem na podstawie liczb małych, obawiałem się przeto, że mogę w ocenie przypadków wątpliwych, granicznych, stracić ścisłą przedmiotowość, a przez to przeinaczyć prawdę. Wiedząc, że zdanie moje, wygłoszone w pierwszej pracy, potwierdzić mogą niestosunkowo duże liczby, otrzymane dla grupy I i II, a małe dla grupy III, mogłem, uległszy uprzedzeniu, zaliczyć przypadki graniczne za wysoko, to znaczy do grupy I te, co do których istnieć mogła wątpliwość, czy należą do I czy do II grupy, a do grupy II inne, budzące wątpliwość, czy pomieścić się je ma w grupie II czy III.

Chcąc uniknąć tego błędu, postępowałem ostrożnie. Do trzech zasadniczych grup konstytucyjnych zaliczyłem tylko zupełnie niewątpliwe przypadki, dla budzących zaś wątpliwość potworzyłem odrębne rubryki, a mianowicie »pogranicze A« dla przypadków, okazujących niektóre cechy grupy I — inne grupy II, i »pogranicze B« dla tych, które mogły budzić wątpliwość, czy należą do grupy II czy grupy III.

Otrzymałem następujące liczby:

Grupa I (niewątpliwa) .	4.
Pogranicze A	16.
Grupa II (niewątpliwa)	91.
Pogranicze B	16.
Grupa III (niewątpliwa)	17.

Uderza tu duża ilość przypadków w »pograniczu A«, zwłaszcza w stosunku do cyfry 4 grupy I. I grupa graniczna B — mieści w sobie sporo osób. Otóż z przypadkami tymi można było postąpić w trojaki sposób, a mianowicie a) »pogranicze A« zaliczyć do grupy I, a »pogranicze B« do grupy II, b) podzielić przypadki pograniczne na połowy i jednę przydzielić w górę, drugą na dół, t. j. z 16 przypadków A osiem do grupy I, a 8 do grupy II i analogicznie 8 z pogranicza B do grupy II, a 8 do grupy III; c) przypadki pograniczne A wcielić do grupy II, a przypadki B do grupy III.

Wybrałem ten trzeci sposób, przyczem świadomie działałem na niekorzyść tezy, wygłoszonej w pierwszej mojej pracy, gdyż przez to wprowadziłem do grupy II pewną ilość przypadków, które powinny się były znaleść w grupie I, a co ważniejsze, powiększyłem znacznie liczbę grupy III, mieszcząc w niej szereg osób z pogranicza B, niekoniecznie tu należących. Rozumowałem w ten sposób: Jeśli mimo tego przesunięcia materyału w stronę grupy III okaże się, że liczba tej grupy jest niestosunkowo mała, to wynik będzie wprawdzie ilościowo nieścisły, ale zato jakościowo niewątpliwy, a przecież w pierwszym rzędzie o ten wynik jakościowy nam chodzi.

Dla ścisłości chciałem skontrolować, czy istotnie grupa III została przez to sztuczne przesunięcie materyału rozcieńczona przypadkami, należącymi do wyższej grupy. Jako sprawdzian wybrałem jedną z cech morfologicznych, a więc dających się stwierdzić niezależnie od wywiadów, i to cechę, na którą rozwój mięśniaków nie mógł wywrzeć wpływu, a mianowicie owłosienie o typie męskim. Z poprzedniej mojej pracy wynika, że między kobietami należącemi do grupy III jest 30·9% takich, które okazują wybitne owłosienie tego typu. W grupie II jest ich tylko 1·2%, w grupie pierwszej nie spotyka się ich wcale. Otóż zro-

zumiałem jest, że jeśli istotnie przydzieliłem do grupy III szereg osób grupy wyższej, to obniżyć przez to musiałem liczbę odsetkową 30·9, odpowiadającą kobietom po męsku owłosionym. I tak też stało się rzeczywiście. Liczba ta spadła do 24·2%, co zdaje się przemawiać za tem, że istotnie połowa »pogranicza B« należała do grupy II, a dostała się przez przesunięcie materjału do grupy III.

Wreszcie dokonałem jeszcze jednego przesunięcia, wliczając cztery przypadki grupy I do grupy II. Poprostu nie chciałem obliczać osobno odsetki dla liczby 4. Otrzymałem w ten sposób dwa zgrupowania, które mogły być sobie przeciwstawione, a mianowicie: a) grupa I (4), pogranicze A (16) i grupa II (91) razem w liczbie 111 przedstawiają osoby, nie okazujące ani śladu konstytucjonalnej niedomogi w narządach płciowych i

b) pogranicze B (16) i grupa III (17) razem w liczbie 33, przedstawiają kobiety z konstytucjonalną niedomogą.

W odsetkach: zgrupowanie a) 77·1% przypadków, zgrupowanie b) 22·9%.

Przypominam, że między zgłaszającemi się do nas choremi (bez względu na cierpienie) 39% okazuje niedomogę konstytucjonalną, tymczasem między osobami z mięśniakami jest ich tylko 22·9%.

W rzeczywistości liczba ta byłaby jeszcze mniejsza, gdybyśmy jej nie byli sztucznie powiększyli przez przesunięcie materjału w stronę grupy III. Ale i ta sztucznie powiększona liczba jest uderzająco niską w porównaniu z liczbą 39%. Na jej podstawie możemy z całą stanowczością twierdzić, że mięśniaki rozwijają się szczególnie często u osób nie okazujących niedomogi konstytucjonalnej w narządach płciowych, czyli, że rozwojowi ich sprzyja stan konstytucyjny normalny lub szczególnie silny.

Drugie zestawienie statystyczne oparło się na zupełnie innej podstawie, choć rzucić miało światło na tę samą kwestję.

Pewnikiem, nie podawanym dziś przez nikogo w wątpliwość, jest fakt, że osoby mające mięśniaki albo wcale nie miały dzieci, albo ich miały mało. Przed paru laty zestawiała Dr Radwańska liczby statystyczne, oparte na zapiskach z mojej praktyki prywatnej, a tyczące się chorych z mięśniakami. Było ich wogóle 492, z tego 56 niezamężnych. Z pozostałych 436 było aż 211 bezdzietnych, co daje ogromny odsetek 48·4%. Rodziło 225 kobiet; przebyły one ogółem 639 porodów, na jedną więc wypada liczba 2·8, co jest znacznie niżej przecięcia, obracającego się u nas około liczby 4·5. Z tych kobiet, które rodziły, było aż 82% takich, które miały mniej dzieci niż przeciętnie, t. j. mniej niż 4, a wśród nich aż 72 t. j. 32% osób o jednem dziecku. Te liczby Dr Radwańskiej są w zasadniczych rysach zgodne z tem, co na ten temat ogłoszono zagranicą.

Ożywiona, niekiedy nawet namiętna dyskusja toczyła się na temat, czy te bezdzietne, względnie małodzietne kobiety nie rodzą dlatego, że mają mięśniaki, czy też przeciwnie mają mięśniaki dlatego, że nie rodzą. To drugie zdanie, bronione w szeregu prac przez Hofmeiera, zwyciężyło na całej linii. Wiemy dziś na pewne, że nierodzenie przez czas dłuższy może wywołać, czy ułatwić rozwój mięśniaków, i to bez względu na to, jaką była nierodzenia tego przyczyna: dziewictwo, niemoc płciowa męża, choroby jajowodu, coitus interruptus, czy inna.

Otóż właśnie ten niewątpliwy fakt, że nierodzenie sprzyja powstawaniu mięśniaków, zużytkowałem jako podstawę innego zgoła zestawienia statystycznego, niż poprzednie.

Zadałem sobie pytanie: co się dzieje z macicą osoby, która przez 20 lat miesiączkuje, a nie rodzi i nie roni? U ilu z tych kobiet, nieczynnych w sprawie rozrodu przez lat dwadzieścia, rozwijają się mięśniaki? Czy częściej u tych, które mają prawidłową konstytucję narządów płciowych, czy przeciwnie u kobiet z niedomogą konstytucjonalną?

Zbadałem dokładnie sto takich kobiet. Okazało się, że 51 z nich nie miało mięśniaków, a u 49 można je było stwierdzić. Ta ogromnie wysoka liczba 49% była dla mnie niespodzianką.

Czekała mnie i druga niespodzianka na punkcie konstytucji tych osób. Między owemi stu kobietami 54 okazywało niedomogę konstytucjonalną narządów płciowych, a tylko 46 miało konstytucję prawidłową. Ta przewaga niedomogi w grupie osób, które nie rodziły przez lat 20, nie może ostatecznie zadziwiać, boć przecież ta niedomoga sama przez się tak często powoduje bezdzietność względnie małodzietność. Dla dokładności dodaję, że i tu zaliczyłem do grupy niedomóg te przypadki pograniczne (w liczbie 6), co do których istnieć mogły wątpliwości, czy nie należą do grupy II t. j. osób o konstytucji prawidłowej. Miały one w każdym razie pewne cechy, przemawiające za konstytucjonalną niedomogą.

Niespodziewanie jaskrawy wynik wyłonił się dopiero z zestawienia, które poniżej podaję.

Z 46 kobiet, konstytucjonalnie niewątpliwie normalnych, które przez 20 lat nie miały dzieci, tylko 10 wolnych było od mięśniaków (22%), a u 36 t. j. 78% stwierdzić je można było na pewne. Możnaby nieomal powiedzieć, że u osób tej grupy konstytucjonalnej rozwijają się po 20 latach nierodzenia mięśniaki z reguły, a brak ich należy raczej do wyjątków.

Wręcz przeciwnie ma się rzecz u osób z niedomogą. Z 54 kobiet tej grupy 41 (76%) nie miało mięśniaków, a u 13 (24%), można je było stwierdzić. Ale co więcej. Osoby o konstytucji prawidłowej miały częściej mięśniaki duże, osoby z niedomogą małe.

Dla rozjaśnienia tej sprawy podzieliłem mięśniaki co do wielkości na cztery grupy: 1) małe (jeden lub kilka guzków wielkości orzechów), 2) średnie (macica tak wielka, jak macica ciężarna II—III m., 3) duże (macica wielkości macicy ciężarnej III—VI m.), 4) bardzo duże (większe od poprzednich). Otóż w grupie osób o konstytucji prawidłowej 36 kobiet, jak wiadomo, miało mięśniaki, z tych 5 małe, 13 średnie, 16 duże i 2 bardzo duże. W grupie osób z niedomogą na 13 kobiet dotkniętych mięśniakami 9 miało guzki małe, dwie średnie i dwie duże. Różnica jest więc i tu uderzająca.

A teraz wnioski z tych zestawień. Sądzę, że mamy prawo stwierdzić: 1) Mniej więcej połowa wszystkich kobiet, które przez 20 lat nie rodzą, choć są w pełni życia płciowego, ma po upływie tego czasu mięśniaki maciczne. 2) U kobiet o prawidłowej konstytucji narządów płciowych rozwijają się w tych warunkach mięśniaki nieomal z reguły, w każdym zaś razie w znacznej większości przypadków (78%) i dochodzą do znacznych rozmiarów. 3) U kobiet z niedomogą konstytucjonalną narządów płciowych zjawiają się po 20 latach nierodzenia mięśniaki rzadko (24%) i rosną powoli.

Tak przedstawiają się wyniki moich własnych badań. W piśmiennictwie, obfitującem w olbrzymią ilość prac o mięśniakach, uderzająco mało jest publikacji na temat nas obchodzący. Mówi się tam raczej o wpływie ogólnego stanu konstytucyjnego na rozwój mięśniaka, niż o stanie samych narządów płciowych. I tak przez pewien czas zajmowano się kwestją wpływu rasy na rozwój tych nowotworów, przyczem podawano, że murzynki mają mieć w tym względzie szczególną skłonność (Gaillard Thomas, St. Vel, Demusquay, Aimes). Lofquist[3]) i Theilhaber[4]) mówią tosamo o żydówkach, a powtarza to za nimi Bauer[5]). Jeśli co do murzynek istnieją wątpliwości, to tem silniej odnoszą się one do owej domniemanej skłonności żydówek. Theilhaber podaje wprawdzie uderzające liczby, które pozornie za tem przemawiają. W jego klienteli, między kobietami, dotkniętemi mięśniakowymi guzami, było 19% żydówek, między zaś kobietami z rakiem szyi tylko 0·75% żydówek. W mojem ambulatorjum jest taka sama rażąca różnica, ale nie wynika z niej bynajmniej, żeby żydówki miały szczególną skłonność do rozwoju mięśniaków. Logicznie można wyprowadzić z tych liczb jeden tylko wniosek, t. j. że albo w rasie tej istnieje skłonność do tworzenia się mięśniaków macicznych, albo istnieje brak skłonności do powstawania raka szyjki. Na podstawie dokładnych obliczeń twierdzę, że tylko to drugie jest słuszne.

Zajmowano się dalej sprawą występowania mięśniaków u blisko spokrewnionych ze sobą osób, co też przemawia za wpływem konstytucji (Gusserow, Engström[6]), Hofmeier, Kleinwächter, Veit[7]), de Ranse, Spannochi[8]), Essen Möller[9]). I ja mógłbym do tego spisu dorzucić kilka spostrzeżeń mięśniaków u sióstr. Wszystko to jednak jest kazuistyką, z której trudno wyciągać wnioski, zwłaszcza, że chodzi tu o cierpienie tak częste, jak mięśniaki.

Ze szczególnem zaciekawieniem szukałem w piśmiennictwie uwag, któreby choć pośrednio rzucały światło na konstytucję narządów płciowych u osób z mięśniakami. Jest ich uderzająco mało. Krystyna Glöckner[10]) dochodzi na podstawie liczb, opartych na materjale kliniki sztrasburskiej, do przekonania, że osoby chore na mięśniaki wcześniej zaczynają miesiączkować, niż osoby zdrowe. Najdokładniej i najrozumniej pisze o tem Troell[11]) z Lundu. I on twierdzi, że im wcześniejsza jest dojrzałość płciowa, tem prawdopodobniejszy rozwój mięśniaków. Stąd też wynika, zdaniem jego, że te kategorje osób, u których miesiączka zwykła się wcześniej pojawiać (żydówki, warstwy zamożne) więcej narażone są na te guzy. Również i późne zgaśnięcie czynności

płciowych odgrywa tu rolę, gdyż razem z wczesnym rozwojem płciowym przemawia za silnem rozwinięciem typu płciowego (stark entwickelte Sexualität). Wedle Troella, kobiety z Lund miesiączkują przeciętnie przez 30·4 lat, natomiast wybrane z nich chore na mięśniaki przez 34·3 lat. Zupełnie podobne stanowisko zajmuje drugi autor skandynawski, Leopold Meyer z Kopenhagi, którego oryginalna praca nie była mi dostępną.

W rok po publikacji Troella, Freund [12]) pisze coś wprost przeciwnego. Zdaniem jego kobiety z dziecięcością ustroju skłonne są szczególnie do mięśniaków. Co prawda, przytoczone przez niego liczby wcale tego nie dowodzą (na 300 kobiet z mięśniakami 36 z dziecięcością).

Aschner [13]) w swojej dużej książce o chorobach gruczołów dokrewnych u kobiet pisze o tych rzeczach mętnie, gdyż w jednem zdaniu zdaje się stać na stanowisku Troella, w drugiem na wprost przeciwnem Freunda. Mięśniaki, zdaniem tego autora, spostrzega się u seksualnie zimnych, źle rozwiniętych kobiet (frigiden, mangelhaft veranlagten), co nie przeszkadza mu na tej samej stronie twierdzić, że późne przekwitanie osób z mięśniakami jest następstwem silnej i długotrwałej żywotności jajników.

Wreszcie Bauer [3]), autor wielkiego rozmiarami dzieła o konstytucyjnem usposobieniu do chorób wewnętrznych, poświęca osobny ustęp sprawie mięśniaków. Staje on na niewątpliwie błędnem stanowisku Freunda, twierdząc, że szczególnie często spotyka się mięśniaki u osobników dziecięcych lub wogóle konstytucyjnie nieprawidłowych. To jest z pewnością niezgodne z prawdą. Słusznie natomiast twierdzi Bauer, że częsty stosunkowo związek mięśniaków z miażdżycą tętnic, cukrzycą, otyłością i wolem przemawia za wpływem stanu konstytucyjnego na rozwój tych nowotworów.

Raz jeszcze nakoniec porusza Bauer sprawę zjawiania się mięśniaków u osób blisko spokrewnionych i za Theilhaberem powtarza uwagi o skłonności żydówek.

I oto wszystko, co znaleść mogłem w piśmiennictwie. Z zestawienia tego widzimy, że Freund, a za nim Aschner i Bauer wiążą niedorozwój narządów płciowych z rozwojem mięśniaków, w czem stoją z wynikami moich badań w sprzeczności. Natomiast Krystyna Glöckner, Troell i Meyer zajmują stanowisko, zgodne z mojem. Nie wypowiadają oni wprawdzie zdania, że silna konstytucja narządów płciowych sprzyja rozwojowi mięśniaków, jak wogóle nie mówią nic o stanie konstytucyjnym tych narządów, ale są myśli tej bardzo blisko, do tego stopnia, że ich wywody liczbowe dadzą się wprost zużytkować do poparcia mojego zapatrywania.

II.

Usadowienie mięśniaków, a konstytucja narządów płciowych kobiecych.

Mimo zwycięstwa zapatrywań Hofmeiera, że nierodzenie nie jest następstwem, tylko przyczyną rozwoju mięśniaków, nie może ulegać żadnej wątpliwości fakt, że mięśniaki mogą spowodować niepłodność. Oddawna wiedziano, że najgorszy wpływ w tym kierunku wywierają mięśniaki podśluzowe, najmniejszy zaś podsurowicze, i rozumiano, dlaczego tak być musi. Zmiana chorobowa, która tak jak mięśniak podśluzowy wiedzie do zaniku śluzówki macicznej na guzie, a do chorobowego jej bujania na reszcie ścian i która z reguły wywołuje krwotoki i wypływy surowicze, musi utrudniać w wysokim stopniu i wędrówkę plemnika i zagnieżdżenie się zapłodnionego jajka i (jeśliby do tego zagnieżdżenia doszło) prawidłowe wytworzenie się zatok krwawych dokoła jaja. Z drugiej strony wiemy, że wnętrze macicy, dotkniętej mięśniakami podsurowiczymi, bywa zwykle zupełnie zdrowe i że u tych osób prawidłowo przebiegają wszystkie fazy okresu miesiączkowego.

Z tych zaprzeczyć się nie dających faktów wynika logicznie pewnik, że gdyby przyczyną małej płodności kobiet z mięśniakami były te nowotwory, to osoby z guzami podśluzowymi miałyby najmniej dzieci, osoby zaś z mięśniakami podsurowiczymi najwięcej. Tymczasem już od dawna wiemy, że rzecz ma się wprost przeciwnie: kobiety z guzami podśluzowymi opowiadają nam o licznych przebytych porodach, kobiety z mięśniakami podsurowiczymi żalą się na niepłodność.

Materjał kliniki krakowskiej potwierdza to w liczbach. Zestawiałem je dwa razy, pierwszy raz przed 26 laty, drugi raz obecnie. W pierwszem zestawieniu rozporządzałem materyałem 193 kobiet, w drugiem 147, przyczem uwzględniam, mówiąc o płodności, tylko kobiety zamężne. Wśród tych 340 kobiet 107 miało mięśniaki podśluzowe trzonu; rodziły one razem 469 dzieci, na jedną więc przypada przeciętnie 4·4. Osób z guzami ściennymi i podsurowiczymi było 233, a dzieci z nich urodzonych 531, w przecięciu więc 2·3 na jedną. Wynika z tego, że na jedną kobietę z mięśniakiem podśluzowym wypada nieomal dwa razy więcej porodów, niż na jedną kobietę z mięśniakiem, usadowionym miąższowo lub podotrzewnie.

Dokładniej zestawiłem materjał, pochodzący z ostatnich czasów. Na 55 chorych z mięśniakami podśluzowymi było tylko 6 bezdzietnych (10·9%), natomiast między osobami z mięśniakami podsurowiczymi było bezdzietnych aż 38 t. j. 73%. Różnica jest tu w najwyższym stopniu uderzająca, zwłaszcza jeśli sobie uprzytomnimy, że rozwój podśluzowy nowotworu zwykle uniemożliwia ciążę, podsurowiczy zaś wcale jej nie przeszkadza.

Ale i ilość urodzonych dzieci jest większa w grupie mięśniaków podśluzowych. W grupie tej 55 kobiet miało 212 dzieci, czyli jedna 3·9, w grupie podsurowiczych z 52 kobiet urodziło się dzieci 41, czyli 0·8 na jedną. Nawet jeśli uwzględnimy tylko kobiety, które rodziły, jeszcze różnica ta będzie wyraźna, wypadnie wówczas na 49 matek z mięśniakami podśluzowymi 212 dzieci czyli 4·3 na jedną, natomiast na 14 matek z guzami podsurowiczymi 41 porodów, t. j. 2·93 na jedną.

Wynika z tego:

1) K o b i e t y, z m i ę ś n i a k a m i p o d s u r o w i c z y m i s ą w o g r o m n e j p r z e w a d z e b e z d z i e t n e (73%), a j e ś l i r o d z ą, t o m a ł ą l i c z b ę d z i e c i (2·93).

2) K o b i e t y z m i ę ś n i a k a m i p o d ś l u z o w y m i s ą w y j ą t k o w o b e z d z i e t n e (10·9%) i r o d z ą ś r e d n i ą l i c z b ę d z i e c i (4·3).

Mięśniaki śródścienne, co do których nie podaję liczb, stoją pośrodku o tyle, że bezdzietnych kobiet jest tu znacznie mniej, niż w grupie podsurowiczych, ale znacznie więcej, niż w grupie podśluzowych, a ilość urodzonych dzieci jest wyższa, niż u pierwszych, a niższa, niż u drugich.

Te liczbowe zestawienia krakowskiego materjału nie mówią nic nowego; do podobnych wyników doszli inni autorzy, a pierwszy Schorler [14]) (1885) na podstawie liczb kliniki berlińskiej Schrödera.

Chodzi o to, co może być przyczyną tego bądź co bądź dziwnego stanu rzeczy. Szukano na to odpowiedzi na różnych drogach. Schorler próbuje tę sprawę wyjaśnić; twierdzi on, że mięśniaki podsurowicze drażnią otrzewnę, powodują zrosty i na tej drodze stają się przyczyną niepłodności. Ten punkt widzenia nie wytrzymuje jednak krytyki. Przedewszystkiem nie jest zgodne z prawdą, jakoby mięśniaki podsurowicze wywoływały tak niezmiernie często zapalenia otrzewnej (»partielle Peritonitiden« Schorler), przeciwnie dzieje się to bardzo rzadko, chyba pod wpływem obumarcia guza lub skręcenia się jego szypuły.

Nie mógłbym też dziś zgodzić się na tłumaczenie, jakie podałem w pracy z r. 1894 [15]). Liczbami dowodziłem wówczas, że kobiety z mięśniakami podśluzowymi są przeciętnie starsze w chwili, kiedy się do nas zgłaszają, od osób z guzami ściennymi lub podsurowiczymi, a że chora z mięśniakiem podsurowiczym może go długo nosić, nic o nim nie wiedząc, kobieta zaś z guzem podśluzowym dowiaduje się o swojem cierpieniu aż zbyt rychło, przeto niewątpliwie ta różnica wieku, o ile chodzi o początek choroby, jest bardzo wybitna. Powiedzmy n. p., że mięśniaki podsurowicze zaczynają róść w 30., podśluzowe w 40. roku życia, a wtenczas kobiety z guzami podśluzowymi mają o 10 dla rodzenia ważnych lat dłużej zdrową macicę, niż osoby z mięśniakami podsurowiczymi.

Ten sposób tłumaczenia sprawy byłby słuszny, gdyby guzy podsurowicze na równi z podśluzowymi wykluczały lub utrudniały zajście w ciążę. Ale tego nie czynią właśnie guzy podsurowicze. Rzecz ma się właściwie zupełnie odwrotnie. Jeśli, co przecież jest faktem, mięśniaki podsurowicze nie przeszkadzają zajściu w ciążę, to kobiety cierpiące na nie mają czas na rodzenie aż do okresu przekwitania, natomiast osoby z guzami podśluzowymi mogą rodzić tylko do chwili, kiedy się guz rozwijać zacznie, t. j. n. p. do 40 r. życia.

W tej samej sprawie zabierał później głos Goetze [16]). Wieloródki zdaniem jego dlatego częściej zapadają na mięśniaki podśluzowe, że u nich naprzód pod wpływem chorób błony śluzowej, nabytych w połogu, łatwiej rozwija się nowotwór w pobliżu błony śluzowej, a powtóre u wieloródki łatwiej wsuwa się guz do obszernej jamy macicznej, niż u osób, które nie rodziły, do ciasnej jamy macicy dziewiczej. Rzecz jasna, że ważniejszy jest punkt pierwszy; boć przecież tylko te guzy mogą się wsunąć do obszernej czy ciasnej jamy macicy, które się zaczęły rozwijać w pobliżu błony śluzowej.

Tu Goetze staje na stanowisku dawnej Virchowowskiej teorji, wedle której mięśniak powstaje pod wpływem bodźców

»irrytatywnych«, za jakie poczytaćby istotnie można sprawy zapalne na błonie śluzowej. W rozumowaniu Goetzego tkwi jednak błąd zasadniczy. Jest wprawdzie rzeczą niewątpliwą, że przebyte porody mogą wywołać zapalne zmiany na błonie sluzowej macicy, jednak prawdą jest też, że osoby, które takie zapalenie przebyły, są przeważnie niepłodne. Otóż w wielkiej liczbie przypadków zapalenie takie rozwija się już przed pierwszą ciążą (gonorrhoea) lub po pierwszym porodzie, względnie poronieniu, a wtenczas jego drażniące w znaczeniu Virchowowskiem działanie musiałoby też odgrywać rolę. Gdyby atoli tak było, spotykalibyśmy mięśniaki podśluzowe szczególnie często u osób niepłodnych z powodu zapalnych zmian na błonie śluzowej trzonu, co właśnie zdarza się bardzo rzadko.

Żadne więc z dotychczasowych tłómaczeń nie może nas zadowolnić.

Zawiły ten problemat starałem się rozplątać i rozjaśnić spostrzeżeniami nad stanem konstytucyjnym osób z mięśniakami o różnem usadowieniu. Wyszły przy tem na jaw fakty w wysokim stopniu interesujące i mogące się przyczynić do rozjaśnienia sprawy. Okazało się mianowicie, co następuje:

1) Z pośród badanych przezemnie kobiet z mięśniakami podśluzowymi wszystkie okazywały prawidłową, względnie szczególnie silną konstytucję narządów płciowych. Nie było między niemi osób z niedomogą konstytucjonalną.

2) Z pełnej ilości kobiet, cierpiących na mięśniaki podsurowicze, 60% należało do grupy III, t. j. okazywało objawy konstytucjonalnej niedomogi narządów płciowych.

3) Z drugiej strony wśród chorych mięśniakowych, należących do grupy III, 64% miało guzy podsurowicze, 36% ścienne a 0% podśluzowe.

Innemi słowy można to tak wyrazić: jeśli zgłasza się do nas osoba z mięśniakiem podśluzowym, to możemy być prawie pewni, że konstytucja jej narządów płciowych jest prawidłowa lub od przeciętnej silniejsza.

Natomiast jeśli stwierdzamy guzy podsurowicze, to z prawdopodobieństwem 60 na 100 możemy przypuszczać, że osoba ta ma konstytucyjną niedomogę narządów płciowych.

Z drugiej strony, jeśli wiemy, że kobieta o niedomodze konstytucyjnej ma mięśniaki maciczne, a nieznana nam jest ich siedziba, to prawie na pewne wykluczyć możemy rozwój ich podśluzowy, a z prawdopodobieństwem 64 na 100 przyjąć możemy rozwój podsurowiczy.

I teraz rozumiemy, dlaczego między choremi z mięśniakami podsurowiczymi było aż 73% bezdzietnych, a między kobietami z guzami podśluzowymi tylko 10·9% i dlaczego nawet te, które rodziły, miały jedne mało dzieci (podsurowicze), a drugie normalną ich ilość (podśluzowe). Poprostu jedne były konstytucjonalnie upośledzone, a przez to niepłodne, drugie normalne, a więc płodne.

Jeśli tak postawimy sprawę, a zdaje mi się, że mamy prawo to uczynić, to natychmiast zjawi się pytanie, dlaczego tak jest, dlaczego niedomoga konstytucyjna ma ułatwiać rozwój guzów podsurowiczych, a nieomal wykluczać istnienie guzów podśluzowych.

Odrazu stwierdzić muszę, że nie jestem w stanie odpowiedzieć na tak postawione pytanie. Ciemną jest etjologja i histogeneza mięśniaków i ciemną jest istota tego lub innego stanu konstytucyjnego, jakżeż więc mógłby być jasnym wpływ tego stanu na rozwój mięśniaków?

Nawet dla hypotez pole nie jest jeszcze otwarte. Ze spostrzeżeń nad częstością rozwoju mięśniaków u kobiet różnych grup konstytucyjnych wynika tylko jedno: oto da się stwierdzić ponad wątpliwość, że konstytucja narządów płciowych odgrywa tu ważną rolę, i to nietylko w rozwoju mięśniaków wogóle, ale i w ich usadowieniu.

To ostatnie spostrzeżenie zachęca do podjęcia porównawczych badań nad budową i unaczynieniem warstwy podśluzowej i podsurowiczej mięśnia macicznego u kobiet o prawidłowej i odchylonej ku »minus« konstytucji narządów płciowych.

Przytoczone prace.

1) A. Rosner: Akad. Umiej. 1918. — 2) Hofmeier: Zeits. f. G. u. G. XXX. 1894. — 3) Löfquist: Engströms Mittheil. 8.— 4) Theilhaber: M. m. W. 1909, 25. — 5) Bauer: Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankh. 1917, p. 480. — 6) Engström: Centr. f. G. 1890. — 7) Veit: Handb. d. G. II. 1897. — 8) Spannochi: Arch. ital. d. G. 1899, p. 251. — 9) Ellis Essen Möller: Engstr. Mitt. 1899, III, 1. — 10) Glöckner Krystyna: Diss. Strassburg 1912. — 11) Troell A.: Monatsch. f. G. u. G. 1912, 35. — 12) Freund H.: Zeits. f. G. u. G. 1913, 74. — 13) Aschner: Die Blutdrüsenerkrankungen des Weibes. 1918. — 14) Schorler: Zeits. f. G. u. G. XI. 1885. — 15) A. Rosner: Przegl. lek. 1894. — 16) Goetze: Zeits. f. G. u. G. 66, 1910, p. 340.

O teorji nerwic i nerwowości Adlera

podał

Dr Maksymiljan Blassberg (Kraków).

(Podług wykładu wygłoszonego d. 6. V. 1920 w Krakowskiem Towarzystwie neurologiczno-psychiatrycznem).

(Dokończenie).

Teorja Adlera ma znaczenie nietylko lekarskie przez oświetlenie istoty nerwic, lecz także znaczenie pedagogiczne przez to, że rzuca światło na stosunek rodziców i otoczenia do dziecka i wytwarzania się przywar i cech charakteru dziecięcego. Wyjaśnia ona znaczenie nieświadomości płciowej dziecka. Teorja ta rzuca też ciekawe światło na psychiczne źródła jąkania się. Jąkaniem posługuje się nerwowość początkowo jako upornym buntem przeciw wymogom autorytetu rodzicielskiego. Później, gdy system ubezpieczenia się i obrony silniej się rozwinęły, posługuje się neurotyk jąkaniem jako rodzajem zapory i przeszkody, która umożliwia dziecku albo zupełnie unikać albo też usuwać i odwlekać wszelkie rozstrzygnięcia i starcia, któreby mogły narazić i dotknąć jego poczucie osobiste. Lekkie jąkanie się zdradza u neurotyków linie oporu, ambicji i niepewności leżącej na dnie.

W sprawie udziału kobiet przy współczesnem wychowaniu dzieci, zdaniem Adlera, przy pobieżnem rozpatrywaniu i na pierwszy rzut oka wydawałoby się, że w chwili obecnej wychowanie dzieci przypadło w udziale kobiecie, jednak przy głębszem badaniu wpływ kobiety na wychowanie dzieci jest, według niego, mimo to tylko ograniczony, gdyż dominuje tu wpływ mężczyzny. Tego wynikiem jest właśnie przewaga męskości we współczesnej kulturze i zdaniem Adlera mężczyzna, a nie kobieta, ponosi odpowiedzialność za wychowanie dzieci. Współczesne ideały kulturalne przykrojone są wyraźnie na męską modłę, one wnoszą w duszę dziecka tęsknotę i dążenie do panowania, stanowiska i znaczenia wobec otoczenia, one wybijają też swoje piętno także na wychowaniu dziecka, kierowanem przez kobietę. Współczesne wychowanie przez kobiety stoi także pod wpływem i dyktatem mężczyzny i męskiej kultury. Adler wyróżnia trzy główne typy złych kobiet wychowawczyń, których niezdolność wychowawcza ujawnia się właśnie w ciężkich czasach, gdy np. mężowie są na wojnie. Między tymi typami są liczne postacie przejściowe.

1) Typ pierwszy, to dziewczyna wyrosła w trwałej pogardzie dla roli kobiecej. U tej po zamążpójściu ciąże są połączone z nerwowością, unika ich. Wychowanie (dziecka jedynego lub więcej dzieci) połączone jest z ogromnemi trudnościami, tak że panuje ogólne wrażenie, że przybytek dzieci byłby dla całej rodziny olbrzymim ciężarem. Dziecko jej zbytnio rozpieszczone bywa w swoich pretensjach niepowściągliwe, albo na ucisk bez serca i wieczne gderanie — odpowiada pełnym mściwości buntem.

2) Typ drugi złej wychowawczyni, podobny do pierwszego, to matka, u której brak wiary we własne siły spotęgował się i urósł w zupełną niewiarę o wychowawczej wartości matki. Wierzy ona sama tylko w mężczyznę i bezwładnie dopatruje się w nim tylko swojego naturalnego i odpowiedzialnego oparcia. Tej kobiety środkiem wychowawczym są ciągłe i męczące żale, wątpliwości i narzekania. Dzieci wówczas bardzo szybko wchodzą w swoją rolę bohaterską i idą temsamem na rękę matce w dowodzeniu tezy, że »tylko mężczyzna nadaje się na wychowawcę«.

3) Trzeci typ, to kobieta czynna, która chce sobie przyswoić »męską« agresję i przesadza ją. Chciwość panowania, szczególna egzaltowana surowość i cielesne kary, jako środki wychowawcze u matki z jednej strony, — a z drugiej strony u dziecka tchórzostwo, lękliwość, nieśmiałość, tajemna tęsknota za klęską i pogromem matki lub potęgujący się upór i hardość.

Teorja Adlera stworzyła dla pedagogów nowe źródła pracy. Liczni autorowie ujęli tę naukę ze stanowiska pedagogicznego i badali np. na podstawie zadań szkolnych o wyborze zawodu, samodzielnie pisanych bajek dziecięcych i tym podobnych tema-

tów, jakie linie wytyczne są w psychice dziecka. A badania te w znacznej części potwierdzały i pogłębiały teorję Adlera. »Bajki te«, pisze Furtmüller, »przestały być dla nas czystemi zadaniami szkolnemi, nie stanowią one też dla nas czczej gry fantazyi bez znaczenia, lecz czujemy w nich tętnienie żywego życia; możemy z nich wyczytać konflikty, życzenia, plany i perspektywy na przyszłość, a po części osiągnęliśmy zrozumienie, które bez naszego poglądu na rzecz, nawet przy dokładnej osobistej znajomości odpowiednich dzieci, nie byłoby możliwe«.

Powstały zatem nowe zadania dla lekarzy i pedagogów. Psychoterapia musi z konieczności wglądnąć w okresy życia dziecięcego, gdyż doświadczenia życiowe, nauki z przeszłości i oczekiwania przyszłości zawsze skierowują i koncentrują się na fikcyjnym planie życiowym, powziętym już w wieku dziecięcym, a pedagogia musi się więcej aniżeli dotychczas opierać na doświadczeniach neurologów i psychiatrów. Leczenie neurologiczne polega na wykrywaniu i unicestwianiu chorobliwego systemu, przyczem jednak należy postępować ostrożnie, gdyż chorzy często cofają się i stawiają opór zamierzeniom leczniczym. Przy racjonalnym wyborze zawodu powinno się zwracać uwagę, aby ten zawód wyrównywał zupełnie mniejszą wartość dziecka, której ono jest mniej lub więcej świadome. Chodzi też o to, aby wykrywać i unieszkodliwiać powstające w wieku dziecięcym liczne wadliwe i chorobliwe linie wytyczne, aby wzmacniać zmysł rzeczywistości i odpowiedzialności, a nadto aby zastąpić utajoną nienawiść i gotowość do walki przez wzajemną życzliwość i skłonność do współżycia. Wychowywać i leczyć znaczy czynić zdolnym do towarzyskiego współżycia, a mistrzem jest ten, kto sam jest do tego zdolny, bez względu na to, czy jest mężczyzną czy kobietą, czy jest rodzicem, czy pedagogiem lub lekarzem.

Zastanawiając się nad znaczeniem teorji Adlera, dochodzimy do wniosku, że punktem wyjścia tych zapatrywań była wprawdzie niewątpliwie teorja neurologa wiedeńskiego Freuda i że szkoła Adlera posługuje się w swych badaniach zasadniczo temisamemi metodami psychoanalitycznemi. Dochodzi ona jednak do innych wyników i w przeciwieństwie do wielu bezkrytycznych adeptów szkoły Freudowskiej stanowi poważne przedmiotowe i krytyczne oświetlenie teorji Freuda. Wskazuje ona na błędność zapatrywań zwolenników Freuda, jakoby nerwice miały podłoże i źródło wyłącznie seksualne. Zasługą jej jest również to, że dotarła do oświetlenia psychologii u ogromnej masy osobników nerwiczych i wskazała na konstytucjonalną słabość ustroju, jako źródło i punkt wyjścia chorobliwego światopoglądu u wielu osobników nerwowych. Wykazała, że zachowanie się osobników nerwowych w rozmaitych warunkach i w różnych czasach może mieć jednolitą przyczynę w dążeniu do rzeczywistej lub fikcyjnej władzy nad otoczeniem i wyrównywaniu na tej drodze własnego niskiego samopoczucia, oraz że ten popęd do władzy może być taksamo silnym czynnikiem, jak głód lub popęd płciowy. Doniosłą zasługą tej teorji jest to, że wskazała nowe zadania pedagogii, która powinna już w wieku dziecięcym zwracać uwagę na błędny światopogląd, jaki sobie urabia dziecko wśród nieprawidłowych warunków, który staje się później źródłem chorobliwego oddziaływania na bodźce i zadania życia realnego.

Ujemną stroną tej teorji jest jej jednostronność. Odnosi ona bowiem, podobnie jak teorja Freuda, wszystko bezwzględnie do jednej jedynej zasady mimo tego, że na całokształt charakteru i światopoglądu oraz na sposób zachowania się składa się mnóstwo czynników fizycznych i psychicznych wpływów środowiska, wczesnych i późniejszych, oraz bardziej lub mniej stałych lub czasowych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Dimitz: **Encephalitis choreiformis epidemica.** (W. kl. W. 1920, 8). Na podstawie 35 spostrzeganych przypadków kreśli D. następujący obraz kliniczny: Okres lekkiego nieżytu narządu oddechowego poprzedza wystąpienie właściwej choroby, która się rozwija najczęściej powolnie, rzadziej nagle; zaczyna się niewielką gorączką, opryszczką na wargach, bólami neuralgicznymi, które chory odczuwa w okolicy lędźwiowej lub w głębi jamy brzusznej. Występuje bezsenność, której nie można zupełnie lub tylko częściowo usunąć środkami leczniczymi; zjawiają się skurcze kloniczne i ruchy pląsawicze; skurcze przepony i powłok brzusznych są jednym z najbardziej charakterystycznych objawów choroby, — najstalszym zaś objawem są ruchy pląsawicze. Bardzo często źrenice oddziałują leniwo lub całkiem nie oddziałują na światło; dno oka jest prawidłowe. Płyn mózgowordzeniowy okazuje cechy zapalne. Obok tego powstają objawy psychiczne, które nie mają żadnej swoistej cechy; wybitne są omamy wzrokowe i słuchowe; stan psychiczny przypomina drżączkę opilczą (delirium tremens). Choroba jest niebezpieczna; na 35 chorych zmarło dziesięć, w niektórych razach po 4—10 dniach choroby. Sekcja stwierdziła rozpulchnienie mózgu, przekrwienie mózgu i opon mózgowych, a w jednym przypadku gołem okiem widoczne krwotoczki w mózgu. Mikroskopowo znaleziono krwotoczne zapalenie mózgu, które, aczkolwiek nie wyłącznie, dotyczy substancji szarej. Etjologja nieznana, zastanawiającą jest jednak rzeczą, że w czasie panowania grypy wystąpiła encephalitis lethargica i encephalitis choreiformis epidemica. Leczenie tylko objawowe, więc głównie środki nasenne. Dr Kostrzewski.

Claisse: **Encephalitis lethargica.** (Bull. Soc. Hôp. 1919, 9—10). Na podstawie trzech przytoczonych historyj chorób zwraca C. uwagę, że mogą istnieć postacie poronne tego schorzenia, w których brakuje charakterystycznej śpiączki. Objawami, które każą je zaliczać do tego schorzenia, są zaburzenia wzrokowe takie, jak opadnięcie powiek, lekki zez oraz podwójne widzenie. Przez nakłucie lędźwiowe otrzymuje się płyn zazwyczaj przeźroczysty bez wyraźnych zmian i nieprawidłowości.

Dr Blassberg (Kraków).

Milian: **Grypa a encephalitis lethargica.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Autor przytacza szczegółową historję choroby 20 letniej kobiety będącej w 7. miesiącu ciąży. Chora nabyła grypy, zaraziwszy się od męża, u którego ta choroba miała przebieg typowy. U chorej tej wystąpiło powikłanie w postaci ciężkiego obustronnego zapalenia płuc. Gdy choroba weszła w okres ozdrowienia i stan był bezgorączkowy, wystąpiły objawy encephalitis lethargica, a mianowicie otrętwienie, wymioty, przyspieszenie tętna i wybitna śpiączka, która doprowadziła do zejścia śmiertelnego. Autopsyi nie było. Autor uważa ten przypadek za dowód identyczności grypy z encephalitis lethargica, gdyż zmiany mózgowe rozwinęły się jako powikłanie tej choroby. Dr Blassberg (Kraków).

Högler: **Encephalitis grippalis i encephalitis lethargica.** (W. kl. W. 1920, 7). H. spostrzegał następujący przypadek encephalitis lethargica. W $2^1/_2$ miesiąca po przebytej grypie wystąpiła nagle śpiączka (przy utrzymaniu przytomności), porażenie mięśni ocznych, a mianowicie opadanie powiek, nierówność źrenic i leniwe oddziaływanie na światło i konwergencję; obok tego wystąpiło lewostronne porażenie podniebienia, zanik lewej połowy języka, niezborność lewej górnej kończyny, objaw Romberga, drżenie oczu, wzmożenie odruchów kończyny górnej i dolnej lewej. Przypadek ten skończył się wyleczeniem. Śpiączka trwała $3^1/_2$ miesiąca, — nierówność źrenic i leniwe ich oddziaływanie na światło utrzymywało się jeszcze po 9 miesiącach. W przebiegu grypy o charakterze septycznym wystąpiły objawy mózgowe: utrata przytomności, drgawki toniczno-kloniczne, ogólne napięcie mięśniowe i nagła utrata wzroku. W 10. dniu choroby nastąpiła śmierć; sekcja wykazała w płucach zmiany charakterystyczne dla grypy i krwotoczne zapalenie mózgu. W drugim przypadku w czasie grypy wystąpiła śpiączka, sztywność karku, prawostronna padaczka typu Jacksona i lekki niedowład kończyny górnej prawej; choroba skończyła się po $1^1/_2$ miesiąca wyzdrowieniem. Zdaniem autora nie należy utożsamiać encephalitis lethargica i encephalitis grippalis. Dr Kostrzewski.

Gerstmann: **Objawy kliniczne i rokowanie w przebiegu obecnie panującego nagminnego zapalenia mózgu.** (W. kl. W. 1920, 8). Różnorodność klinicznych objawów w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu jest prawdopodobnie następstwem rozsiania zmian chorobowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Zależnie od nasilenia i jakości objawów odróżnia G. cztery typy kliniczne choroby, — podnosi jednak z naciskiem, że choroba występuje wyjątkowo tylko w jednej postaci, natomiast najczęściej jedna postać chorobowa łączy się z drugą. Do pierwszego typu zalicza G. chorych, u których przeważają ruchy pląsawicze; drugi typ obejmuje chorych, którzy popadają w śpiączkę, mają porażenie mięśni gałek ocznych i okazują wybitne upośledzenie siły mięśniowej; do trzeciego typu zalicza chorych z drgawkami klonicznemi, głównie przepony i mięśni brzusznych; czwarty typ, to chorzy z zaburzeniami psychicznemi przypominającemi drżączkę opilczą (delirium tremens). Choroba jest bardzo ciężka, rokować należy ostrożnie, wyzdrowienia jest się pewnym dopiero po całkowitem ustąpieniu objawów chorobowych. Dr Kostrzewski.

Herschmann: **Zapalenie opon mózgowordzeniowych w następstwie czerwonki** (W. kl. W. 1920, 4). W przeciwieństwie do innych znanych a niezbyt rzadkich schorzeń układu nerwowego zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego w następstwie czerwonki, spostrzegał H. przypadek zapalenia opon mózgowordzeniowych w następstwie czerwonki. Objawy mózgowe wystąpiły bezpośrednio po wyleczeniu czerwonki, a w 6. tygodniu uległy znacznemu nasileniu w postaci zapalenia opon mózgowordzeniowych. Płyn mózgowordzeniowy okazywał cechy zapalne; przy kilkakrotnem badaniu okazał się jałowym, tak że zapalenie opon mózgowordzeniowych należy uważać za skutek działania jadów drobnoustrojów, a nie samych drobnoustrojów. Surowica krwi aglutynowała szczep Y. Chorą leczono dożylnemi wstrzykiwaniami szczepionki gronkowcowej; choroba skończyła się pomyślnie. Dr Kostrzewski.

H. Stockmeier: **Luminal w czkawce mózgowej.** (W. kl. W. 1919, 36). Autor podawał w czkawce, wywołanej przez podrażnienie nerwu przeponowego lewego, 0·15 luminalu, poczem czkawka wkrótce ustępowała. Gdy zaś za kilka dni powracała, podawał S. po 0·3 luminalu, ze stałym już skutkiem. J.

Strauss: **O działaniu naświetlania w padaczce.** (D. m. W. 1919, 4). Autor przypomina, że wielu fizjologów i lekarzy stwierdziło zmniejszenie odruchowości po naświetlaniu kory mózgowej u zwierząt, a u ludzi znieczulenia i ustępowanie bolów po naświetlaniach. W przypadku Straussa u 22-letniej dziewczyny były od wieku dziecięcego napady padaczki Jacksonowskiej w prawem ramieniu, połączone z bezprzytomnością. W ostatnich zaś czasach napady były bardzo częste, kilkanaście razy dziennie, tak że chora pokoju opuszczać nie mogła z obawy przed uszkodzeniem się. Musiano przystąpić do zabiegu operacyjnego, wycinając ośrodek ruchowy prawego ramienia, poczem prawe ramię stało się bezwładne, ale padaczka nie ustąpiła. Podawanie luminalu i bromku potasowego przynosiło bardzo małą ulgę. Wtedy rozpoczęto naświetlania lewej dośrodkowej bruzdy czterema dawkami (Erythemdosen) twardych przesączonych promieni przez cztery posiedzenia w odstępach czterotygodniowych. Wynik naświetlań był nadzwyczajny; ciężkie napady, połączone z bezprzytomnością, ustąpiły. J.

Hauser: **Znieczulenie brzuszne w wiądzie rdzenia.** (D. m. W. 1919, 5). Chory na wiąd nagle zachorował po użyciu środka przeczyszczającego. Ciepłota w odbytnicy 38°, przytomność przez cały przeciąg choroby zupełnie utrzymana, zapad ogólny, tętno nikłe, zaledwie policzalne, tony serca głuche, nudności i odbijania, b e z wymiotów, wzdęcia brzucha niema, wiatry i stolce bezkrwawe odchodzą, bolów brzucha samodzielnych i dotykowych n i e m a; nad łukiem żebrowym prawym odgłos opukowy bębenkowy. Chory po 24 godzinach zmarł z przyczyny dla lekarza zagadkowej. Sekcya wykazała w jamie brzusznej ropę, kał i wolny gaz, a w dwunastnicy przebicie przez wrzód okrągły. Niemożność rozpoznania choroby (peritonitis perforativa) z braku wzdęcia, bolesności i bolów, braku wymiotów, przypisuje autor znieczuleniu nerwów brzusznych wskutek wiądu rdzenia. Autor przypuszcza także, że tak zwane przełomy żołądkowe w wiądzie rdzenia polegają na obecności wrzodu okrągłego pochodzenia nerwowego i radzi w przypadkach zapadu u chorych na wiąd, u których zapalenie otrzewnej inaczej przebiega, niż zwykle, — ryzykować i operację, w przypuszczeniu krwotoku wewnętrznego lub przedziurawienia wskutek wrzodu okrągłego. J.

Hampeln: **O tonach sercowych i naczyniowych zdala słyszalnych.** (D. m. W. 1919, 1). Według dotychczasowych obserwacji zdarza się z odległości słyszalny ton pierwszy, i to przy zwężeniu zastawki dwudzielnej. Autor spostrzegał jednak przypadek, gdzie także mógł słyszeć ton drugi nad aortą z odległości 15 cm. Dotyczył on 29-letniego mężczyzny, bladej cery, wysokiego wzrostu; tętno było małe, 96, a nad aortą szmer skurczowy. Autor przypuszcza, że takie zjawisko zdarza się we wrodzonej wązkości aorty, jak to ma być także i w jego przypadku. J.

Wiadomości bieżące.

Z Uniwersytetów. Rektorem Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie na r. 1920/21 został wybrany prof. Dr Emanuel Machek. — Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1920/21 został wybrany w Warszawie prof. Dr Antoni Gluziński, w Krakowie prof. Dr K. W. Majewski, we Lwowie prof. Dr Markowski. — Wydział lekarski krakowski habilitował Dr Aleksandra Oszackiego z zakresu medycyny wewnętrznej. — Dr Mieczysław Michałowicz został mianowany profesorem nadzwyczajnym pedjatrji w Warszawie — Nagrodę im. Konica za najlepszą pracę ginekologiczną z ostatniego czterolecia przyznało Towarzystwo lek. warszawskie prof. Dr A. Rosnerowi z Krakowa.

Towarzystwo biblioteki i bratniej pomocy medyków w Krakowie składa tą drogą serdeczne podziękowanie JWP. Doktorowej Stefanowiczowej za wydatne wzbogacenie tego Towarzystwa hojnym darem w postaci całego księgozbioru po ś. p. Dr Janie Stefanowiczu. — Prezes: Mazurek, sekretarz: Cikowski.

II. międzynarodowy kurs dla lekarzy w Karlsbadzie odbędzie się od 12 do 18 września b. r. Oprócz wybitnych pro-

fesorów niemieckich, jak Abderhalden, Brauer, Döderlein, Pässler, Schmidt, Strümpell, Wenckebach i i. będą wykładać na tym kursie prof. Marchiafava z Rzymu, Faber z Kopenhagi, Holmgren ze Stockholmu, Laache z Kristianji. Informacji udziela Dr Edgar Ganz w Karlsbadzie.

Choroby zakaźne. Kraków od 30. V. do 19. VI.: na dur plamisty zachorowało 84, † (zmarło) 21, brzuszny 14 † 2, powrotny 8, czerwonkę 11, płonicę 14 † 1, błonicę 3 † 1, nag. zapalenia opon 6 † 2, ospę 1. — Łódź od 30. V. do 26. VI.: dur plamisty 68 † 10, brzuszny 49 † 4, powrotny 2, czerwonka 39 † 9, płonica 124 † 26, błonica 4, nag. zapalenie opon 15 † 8, zimnica 1 † 1, gruźlica † 113.

Zmarli: Dr Julian Lustgarten w 35. r. ż. w Krakowie.

Od Administracji do prenumeratorów »Przeglądu lekarskiego«. Prenumeratorowie, nie należący do Towarzystw lekarskich małopolskich, mogą otrzymywać za dopłatą 42 Mkp. (= 60 koron) rocznie zamawiać od 1. lipca 1920 także »Gazetę lekarską«, wychodzącą w Warszawie. Członkowie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i lwowskiego, które odpowiednio podwyższyły wkładkę, otrzymują już to pismo od 1. lipca 1920. — »Gazeta lekarska« wychodzić będzie raz na miesiąc, naprzemian z »Przeglądem lekarskim« i »Tygodnikiem lekarskim«, a treść wszystkich 3 pism ma się wzajemnie uzupełniać.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Towarzystwo Biblioteki i Bratniej Pomocy Medyków U. U. J.

składa gorące **podziękowanie** p. **Halinie Stefanowiczowej** za cenny dar w postaci książek z zakresu medycyny po ś. p. Doktorze medycyny Janie Stefanowiczu.

Niestrudzony był to lekarz, ochotnie narażał życie, niosąc pomoc cierpiącej ludności i spełniając obowiązek padł ofiarą zawodu. Zamiłowany do wiedzy nie skąpił na książki, dobierał je starannie i intencją zmarłego było, aby po śmierci zbiory te stały się pomocą w pracy dla nowych zastępów słuchaczy medycyny. Cześć Jego pamięci. 210

MINISTERSTWO
ZDROWIA PUBLICZNEGO. 254

Warszawa, dnia 17. czerwca 1920 r.

Nr. III. $\frac{20971}{4410}$ 20.

Ogłoszenie konkursu.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza konkurs na posadę prymarjusza oddziału chirurgicznego dla dzieci (pod wezwaniem św. Zofji) w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Do posady tej przywiązane są następujące pobory służbowe: 1) płaca roczna 3.000 kor. t. j. 2.100 Mk. pol.

2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich, każdy po 600 kor. t. j. 420 Mk. pol. rocznie.

Przez czas nadzwyczajnych stosunków wojenno-drożyźnianych pobierają prymarjusze szpitala lwowskiego ponadto dodatki drożyźniane, których wysokość zależy od stanu rodzinnego. Wysokość tych dodatków reguluje się perjodycznie, w miarę zmiany ekonomicznych warunków bytu.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się, iż:

I. są obywatelami Państwa Polskiego,

II. posiadają prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

III. są specjalistami w odnośnej dziedzinie; w tym celu winni kandydaci przedstawić swoje prace naukowe.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 15. sierpnia 1920 r.

Podania należycie udokumentowene należy w powyższym terminie wnosić za pośrednictwem Dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie.

Minister w. z.

Nr. XIII. $\frac{23178}{3923}$ 20.

»Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza

KONKURS

na posadę lekarza zdrojowego w Krynicy Zdroju z terminem zgłoszeń do dnia 15. lipca b. r. włącznie.

Warunki wymagane:

1) Przynależność państwowa polska;

2) Nieprzekroczony 50 rok życia;

3) Stosowanie się do instrukcji wydanej przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

Warunki:

1) Czas trwania służby od 1. V. do 1. X.;

2) Pensja miesięczna 2400 marek, mieszkanie, światło, i opał.

Podania należy wnosić do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Wydział prezydjalny.

Instrukcję obowiązującą lekarza zdrojowego przeglądać można w godzinach urzędowych w Wydziale VIII Min. Zdr. Publ. (Aleje Ujazdowskie 5) i w Zarządzie Zdrojowiska w Krynicy«. 253

L. 541/pr.

Lwów, dnia 10. czerwca 1920.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady profesora w Państwowej Szkole położnych w Krakowie w VII. klasie rangi ogłasza się niniejszem konkurs.

Do posady tej przywiązane są wedle § 6 ustawy z 24. lutego 1907 Dz. u. p. Nr 55 prócz systemizowanego dodatku służbowego rocznie 901 Mk. 60 f. płaca rocznie 2.520 Mk., która po 5. i 10. roku wzrasta po 560 Mk., a następnie po 15. i 20. roku po 420 Mk. (dodatki pięcioletnie), nadto — zależnie od stanu rodziny — dodatek wojenny rocznie od 1.537 Mk. 20 f. do 3.847 Mk. 20 f., dodatek drożyźniany miesięcznie od 140 Mk. lub 210 Mk., I. nadzwyczajny dodatek drożyźniany miesięcznie od 280 Mk. do 360 Mk. oraz II. nadzwyczajny dodatek drożyźniany w wysokości od 60% do 100% łącznej sumy wszystkich poprzednio wymienionych poborów służbowych.

Pobory powyższe mają być znacznie podwyższone przy regulacji płac funkcjonarjuszy państwowych, która wkrótce ma nastąpić.

Należycie udokumentowane podania należy wnosić do Okręgowego Urzędu Zdrowia we Lwowie w terminie do 15. lipca 1920. 252

Dyrektor Okręgowego Urzędu Zdrowia.

Dr Mikołajski w. r.

Wakuje stanowisko

lekarza naczelnego

szpitala św. Stanisława (dla chorych zakaźnych) **w Warszawie.**

Płaca zależnie od stanu rodzinnego około 28.000 mk. rocznie oraz dodatek 25% (bez mieszkania).

Podania składać z dołączeniem życiorysu do d. 20. czerwca 1920 r. do wydziału szpitalnictwa (**Jasna 1**). 161

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 7. Rok LIX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp. nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K. = Marek 3·50.

†

LUDWIK RYDYGIER

Profesor Ludwik Rydygier zakończył nagle życie we Lwowie d. 26. czerwca b. r.

Z plejady chirurgów polskich odszedł jeden z najzasłużeńszych pracowników około rozwoju i postępu nauki chirurgji polskiej, nieznużony w pracy i zabiegach, aby przysporzyć jej sławy i uznania i wywalczyć należne prawa w pochodzie wiedzy powszechnej dla imienia polskiego.

Urodzony w Dossoczynie w Prusach zachodnich w r. 1850, kończył Rydygier gimnazjum w Chełmnie, medycyny słuchał w Gryfii, Berlinie i Strassburgu. W Gryfii uzyskał dyplom lekarski i tam poświęcił się chirurgji, pod kierunkiem znakomitego nauczyciela i badacza Huetera, dla którego zachował na zawsze kult prawdziwy i niewygasłą wdzięczność. Pracował również u boku Langenbecka, Lueckego, Vogta i Rieda w Jenie. Tam, jako docent prywatny, wykładał chirurgję w r. 1878/79. Pragnąc wrócić do kraju, przeniósł się do Chełmna, gdzie założył własną klinikę chirurgiczną, prywatną. Wdrożony na wszechnicach niemieckich do ścisłych i gruntownych badań, zgłębiania u źródła przyczyny każdego objawu i zjawiska chorobowego, ugruntowania każdego projektu i przedsięwzięcia chirurgicznego na pewnej podstawie anatomicznej, zabrał ze sobą do Chełmna te właściwości cenne i niezrównane zalety, którym zawdzięcza nauka i wiedza niemiecka wybitne swe stanowisko w świecie naukowym. W skromnej, lecz umiejętnie i troskliwie kierowanej pracowni chełmeńskiej dokonuje Rydygier, jako pierwszy, najśmielszych na owe czasy rękoczynów, ogłasza cenne i liczne prace naukowe i wydaje pierwsze zeszyty swego podręcznika chirurgji szczegółowej, co wszystko razem toruje mu drogę do katedry klinicznej chirurgji w Uniwersytecie Jagiellońskim po ustąpieniu z niej Mikulicza w r. 1887. Lata spędzone w Chełmnie, ciągła i bliska styczność ze społeczeństwem wrogiem dla naszego narodu, wyrobiły w jego charakterze tę cichą wprawdzie, lecz nieustępliwą zawziętość i tężyznę ducha, mocą której mimo prześladowań i udręczeń bolesnych rodacy nasi na tych kresach potrafili skutecznie uchronić się przed zagładą i zgnębieniem ze strony przemożnego germanizmu, broniąc wytrwale najświętszych a wydzieranych nam przez przemoc praw narodowych.

Z powołaniem na katedrę chirurgji w Krakowie, marzenia Rydygiera zużytkowania swych sił i bogatej wiedzy w służbie ojczystej zostały urzeczywistnione. Z zapałem iście młodzieńczym i właściwą mu energją przystępuje w Krakowie do budowy i urządzenia nowej kliniki chirurgicznej odpowiednio do wymagań i potrzeb nowoczesnej chirurgji, a gorliwością swą i niedościgłą wytrwałością w nauczaniu i pracy naukowej przoduje swym współpracownikom i zagrzewa ich swym przykładem. Rozgłos imienia Rydygiera, który już z Chełmna poprzedził jego przybycie do Krakowa, jasność i treściwość wykładu obok doskonałej w formie i subtelnej techniki operacyjnej, przytem gotowość i uprzejmość, z jaką otworzył na oścież bramy swej kliniki dla lekarzy polskich, ściągają coraz liczniej nowych adeptów chirurgji, którzy mieli nietylko szerokie i swobodne pole do pogłębienia tu swej wiedzy i specjalizowania się w chirurgji, lecz znajdowali równocześnie najżyczliwszą pomoc i serdeczne poparcie. Aby skupić i zespolić siły nasze na polu chirurgji, organizuje i urządza Rydygier wraz z otwarciem nowej kliniki w r. 1889 pierwszy Zjazd chirurgów polskich, na którym wybrany dożywotnim przewodniczącym przyszłych Zjazdów, zwołuje je odtąd corocznie przez długi szereg lat, niemal aż do początków bieżącego dziesiątka lat.

Z temperamentu krewki i rączy do czynu, miał Rydygier w sobie wiele rzutkości i rozmachu pioniera, z lubością też spieszył tam, gdzie czekała go praca i trud znojny, złączony z uprawą odłogów. To też z chwilą, gdy kreowano w Uniwersytecie lwowskim Wydział lekarski i trzeba było stwarzać dopiero zakłady kliniczne, z gotowością przenosi się na katedrę chirurgji do Lwowa i tu już zupełnie według swej myśli i planów wznosi i urządza klinikę chirurgiczną, nie szczędząc trudu i zabiegów, aby dziełu swojemu nadać piętno doskonałości. Wraz z wybuchem wojny światowej osłabła z natury rzeczy działalność dydaktyczna prof. Rydygiera, a skoro i pole jego czynności chirurgicznej ograniczyło się znacznie, przyjmuje stanowisko chirurga naczelnego szpitala wojennego w Bernie i stąd nawet śród wytężonej ponad siły pracy i zgiełku wojennego notuje skrzętnie i ogłasza drukiem spostrzeżenia swe i nowe pomysły operacyjne. U schyłku życia, pełen jednak jeszcze sił niespożytych i niestygnącej energji, zapragnął Rydygier, zawsze z myślą wiernie skierowaną ku dobru Ojczyzny, wrócić w strony najmilsze mu, bo rodzinne prawie i mianowany szefem sanitarnym D. O. G. Pomorza w randze generała lekarza, osiedlił się w Tczewie.

Na tej ostatniej placówce, wypróbowany i doświadczony z czasów swej młodości i pierwszych lat męskich w zatargach i utarczkach narodowościowych tej kresowej krainy, mógł Rydygier oddać Ojczyźnie nieocenione usługi zarówno na stanowisku lekarskiem, jakoteż na polu ogólnej sprawy narodowej. Niestety śmierć nagła, która go zaskoczyła podczas krótkiej bytności we Lwowie, zamknęła na zawsze dalsze akta jego zamiarów i czynów.

Zbiór prac naukowych ś. p. Rydygiera, ogłoszonych drukiem do r. 1912 w języku polskim, niemieckim i francuskim, dosięga poważnej cyfry 149, a w latach następnych przybywa ich jeszcze kilkanaście. Spis prac jego uczniów, wydanych pod jego kierunkiem, wynosi 186 rozpraw.

Wszystkie jego prace i publikacje cechuje niezwykła sumienność i gruntowność badacza i obserwatora, bystrość i trzeźwość sądu, krytyka rzetelna zarówno własnej, jakoteż cudzej pomysłowości, oparcie każdego wniosku i wyniku z dociekań na szeregu bezspornych dowodów. Stąd też wszystkie, podane przez Rydygiera metody operacyjne i pomysły twórcze nie były obliczone na błyskotliwy efekt chwilowy i olśnienie zawrotne, lecz każda jego ideą nowa i zamierzenie chirurgiczne były przemyślane głęboko i rozważone bacznie, a przed wprowadzeniem w czyn praktyczny na człowieku poprzedzone co do swej dopuszczalności żmudnem badaniem doświadczalnem. Wobec obfitości i rozległości materyału niepodobna wyliczać ich dzisiaj i oceniać kolejno, na pierwszem jednak miejscu postawić należy, jak to sam twórca ich czynił, te, które dotyczą chirurgji przewodu pokarmowego, jak wycięcie odźwiernika w przypadkach raka i wrzodu żołądka,

wskazania i technika wycięcia jelita i t. d. Ze szczególnem też zamiłowaniem i niezłomną wytrwałością pracował jeszcze Rydygier długie lata później nad ugruntowaniem i uzasadnieniem wskazań do pylorektomii, nie zmieniając nic w technice tego rękoczynu, opracowanej od początku w najdrobniejszych szczegółach. Te właśnie prace jego przedewszystkiem i fakt niezbity, że pierwszy wykonał i uzasadnił wycięcie odźwiernika przy wrzodzie żołądka, mimo całej zawiści i uprzedzeń ze strony chirurgów niemieckich zapewniają Rydygierowi dostojne miejsce na niwie nauki i wiedzy pośród chirurgów światowych i przyczyniły się do wsławienia imienia polskiego daleko poza granicami Ojczyzny naszej.

Cześć chlubnej pamięci dzielnego uczonego i prawego syna Ojczyzny. A. Bossowski.

Ankyloblepharon totale et cystis praecornealis.

(Spostrzeżenie kliniczne).

Podał **Prof. Dr Kazimierz Majewski.**

(Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego).

Przypadki zupełnego zarośnięcia worka spojówkowego z równoczesnem zrośnięciem obu powiek i całkowitem przykryciem gałki ocznej nie należą do rzadkości. Najczęściej stan taki, który określamy nazwą symblepharon et ankyloblepharon totale, bywa następstwem oparzenia, i to zarówno oparzenia termicznego, to jest wprost przez działanie ognia, stopionego metalu, wrzącego płynu lub też oparzenia chemicznego, a więc przez działanie silnych kwasów, zasad, lub innych ciał żrących. Sprawy zapalne przyrody zakaźnej o wiele rzadziej wiodą do zupełnego zarośnięcia szpary powiekowej, ale i tu można wyobrazić sobie, że zapalenie błonicze spojówki, zakażenie wąglikowe, pęcherzyca, ciężka jaglica w ostatnich swych okresach, drogą zupełnego zbliznowacenia spojówki, o ile i rogówka równocześnie uległa zniszczeniu, mogą doprowadzić wreszcie do wspomnianego wyżej stanu.

Mając przed sobą chorego, który jako ofiara poparzenia przy jakiejś eksplozji, czy w pożarze, ma szparę powiekową zupełnie zabliźnioną, to znaczy powieki zrośnięte brzegami ze sobą, a tylną swą powierzchnią z gałką oczną, badamy przedewszystkiem, czy ma on w tem oku jeszcze dostateczne poczucie światła. O ile siatkówka i nerw wzrokowy nie są uszkodzone, to pomimo zasłony, jaką stanowią i zrosty bliznowate i powieki w całej swej grubości, chory powinien rozpoznawać światło świecy, to jest odróżniać je od ciemności na odległość 6 metrów. Mimo jednak dobrego poczucia światła, a nawet dobrej projekcji, rokowanie co do wyniku optycznego operacji, jaką trzeba wykonać celem odsłonięcia gałki ocznej, na ogół nie jest pomyślne. Każdy operator, który miał podobne przypadki, wie, że powieki zrosłe ze sobą, bywają prawie bez wyjątku przyrosłe zarazem tylną swą powierzchnią do rogówki, ale oczywiście do rogówki zbliznowaciałej i zwykle zupełnie, w całej grubości zaćmionej.

Szczelne zrośnięcie się powiek brzegami ze sobą pod wpływem jakiegokolwiek oparzenia, nie da się prawie pomyśleć bez równoczesnego zniszczenia miąższu rogówki. Czynnik niszczący tkankę powiek, ich brzegów i powiekowej spojówki musi równocześnie zniszczyć o wiele delikatniejszą tkankę rogówki, poczem wszystkie te części zrastają się w jedną zbitą bliznę. To też bez zapału i niechętnie zabieramy się do operacji całkowitego zarośnięcia szpary powiekowej, przewidując z góry, że po rozkrojeniu powiek, oddzielając następnie powieki od gałki zapomocą cięć wśród zbitej tkanki bliznowatej, albo nagle otworzymy przednią komorę, albo, jeśli unikniemy tego zdarzenia, to odsłonimy powierzchnię grubego bielma, a więc białej, nieprzeźroczystej, ścięgnistej blizny, zajmującej miejsce rogówki. Rzadko kiedy uda nam się odsłonić kawałek ocalonej spojówki gałkowej, albo odkryć zachowany jeszcze dolny lub górny załamek. Pomijając już wielką trudność zapobieżenia ponownym zrostom, to, gdyby się nawet nam to udało, chory z powodu zupełnego zbliznowacenia rogówki i tak wzroku nie odzyska. Wchodziłaby wtedy w rachubę keratoplastyka. Ale w dzisiejszym stanie techniki keratoplastycznej na jakikolwiek wynik optyczny liczyć możemy jedynie pod warunkiem, że rogówka nie w całej grubości jest zaćmiona, lecz tylko w swych warstwach powierzchownych. Wycinamy wtedy w środku blizny rogówkowej zapomocą trepanu krążek takiej grubości, ażeby odsłonić głębszą, przeźroczystą warstwę rogówki i na powierzchnię tej przeźroczystej warstwy kładziemy tymże samym trepanem wykrojony krążek rogówki króliczej, która zwykle przyjmuje się dobrze i dobrze przyrasta. Niestety taka przeszczepiona rogówka, czyto wzięta z oka zwierzęcego, czy nawet z oka ludzkiego świeżo wyjętego, prawie zawsze z biegiem czasu traci swą przeźroczystość, nieraz przerasta naczyniami i tak się zaćmiewa, że początkowo uzyskana bystrość wzroku najczęściej znów idzie na marne. W dodatku w przypadkach symblepharon et ankyloblepharon totale częściowe tylko i powierzchowne zaćmienie rogówki rzadko kiedy się zdarza. Prawie zawsze rogówka jest zaćmiona w całej grubości i dlatego nawet do tej, nie wiele obiecującej operacji, wcale się nie nadaje.

Ostatnia wojna dostarczyła klinikom i oddziałom okulistycznym wielkiej liczby przypadków zupełnego zarośnięcia szpary powiekowej, przyczem gałka oczna pod zrośniętemi powiekami bywała niejednokrotnie jako tako utrzymana. Jednakowoż we wszystkich operowanych przypadkach znajdowano zawsze równoczesne przyrośnięcie powiek do zupełnie zbliznowaciałej i zaćmionej rogówki. W świetle tych smutnych doświadczeń tem bardziej uderza wyjątkowo szczęśliwy przypadek, który z początku bieżącego roku miałem sposobność w mej klinice operować i który zarazem wzbudza ciekawość swą zagadkową i niejasną etjologją.

W październiku zeszłego roku przywieziono do kliniki 58-letnią kobietę wiejską, na oba oczy ociemniałą. Pierwszy szczegół z wywiadów od otoczenia chorej, bardzo niejasnych i bałamutnych, zdawał się tłómaczyć w sposób najbardziej prawdopodobny powstanie zrostów powiekowogałkowych prawego oka i zupełnego zarośnięcia szpary powiekowej na oku lewem. Podczas pożaru domu, chorą, widocznie niedołężną lub bezsilną, dopiero w pół godziny po wybuchu ognia wyniesiono z płomieni. Poparzenie, w takich warunkach bardzo możliwe, mogło było do zrostów tych z łatwością doprowadzić. Wątpliwości budziła tylko ta okoliczność, że ani na ciele, ani przedewszystkiem na skórze powiek i twarzy nie było widać żadnych blizn, jakie zwykle powstają po oparzeniu. Dopiero dalsze indagacje wykryły pewien brak związku między pożarem, a zmianami na oczach chorej. Pożar był w marcu 1919 r., a rzekomo dopiero w czerwcu kobieta zaczęła na dobre chorować na oczy, z których lewe w ciągu miesiąca zupełnie zarosło, a prawe w tydzień później zarosło częściowo. Tak więc przyczyna choroby stała się na razie niezrozumiałą.

Badanie oczu wykazało stan następujący:

Prawe oko okazuje zrost górnej powieki z gałką oczną, obejmujący dwoma łukowatemi ramionami rogówkę od strony skroni i od nosa. Zrosty te są ścięgniste, taśmowate i przykrywają obwodowe, zaćmione części rogówki, a są tak krótkie, że górnej powieki ani odwrócić, ani nawet bardziej od gałki odchylić nie można. Zrosty te sięgają aż po sam załamek górny, gdyż zgłębnika poza nimi nie można przeprowadzić. Powieka dolna nie zrosła z gałką, spojówka powiekowa przekrwiona i wyraźnie zbliznowaciała. Nastrzykanie spojówki gałki i nastrzykanie rzęskowe. Poniżej środka rogówki ubytek okrągławy 1,5 mm średnicy, o dnie nacieklem. Od góry zewnątrz i od góry wewnątrz wchodzą na rogówkę powierzchowne naczynia. Źrenica częściowo wrzodem rogówkowym zasłonięta, miernie rozwarta, okrągła i ruchoma. Wziernikiem dno w grubej mgle.

Lewe oko: Powieki brzegami swoimi od kącika do kącika szczelnie i dokładnie zrosłe, tak że nigdzie nie można znaleść choćby najwęższej szczeliny, którąby się dał przeprowadzić zgłębnik do worka spojówkowego. Spojone są tylko tylne krawędzie brzegów powiekowych, to też oba szeregi rzęs ustawione są prawidłowo tak, jak gdyby powieki nie były zrosłe, a tylko lekko, jakby do snu, zmrużone. Skóra powiek ani skóra otoczenia oka nie okazuje żadnych blizn. Wysklepienie powiek wskazuje na obecność gałki ocznej, jeżeli nie powiększonej, to conajmniej prawidłowych rozmiarów. Widać również ruchy, jakie to oko zgodnie z okiem prawem pod zrosłemi powiekami wykonywa. Dotykiem stwierdza się pod powiekami opór miękki i daje się wyczuć pewnego rodzaju chełbotanie. Miękkość oporu przemawiałaby za zanikiem gałki ocznej, rozmiary jej jednak, dobre poczucie i dobra lokalizacja światła przemawiają przeciw temu przypuszczeniu. Ta pozorna sprzeczność miała się wyjaśnić dopiero podczas późniejszej operacji.

Dnia 11. listopada 1919 r., wykonałem operację na oku prawem. Zabieg polegał na przecięciu nożyczkami zrostów powieki górnej z gałką oczną, to jest na odcięciu ich od gałki ocznej po obu stronach rogówki i na pogłębieniu załamka górnego. Powierzchnię krwawą, w ten sposób wytworzoną, wysłałem spojówką króliczą, przytwierdziwszy ją pętlą nitki jedwabnej, której oba końce, wyprowadzone przez skórę powieki górnej, związałem pod łukiem brwiowym na wałeczku waty. Niestety spojówka królicza przyjęła się tylko częściowo, w znacznej zaś części została wypchnięta z załamka i ze szpary powiekowej przez odtwarzające się zrosty. Zrosty te jednak już nie upośledzają ruchomości powieki górnej w takim stopniu, jak to czyniły przed operacją. Wzrok operowanego oka, wskutek zaćmień, nacieków i naczyń pokrywających całą rogówkę, nie doznał oczywiście żadnej poprawy.

Jeżeli operacja na oku prawem, gdzie warunki były stosunkowo korzystnę, dała wynik tak niedostateczny, to jeszcze mniej widoków powodze-

nia przedstawiała operacja oka lewego ze zrosłemi że sobą i do gałki przyrosłemi powiekami. W dodatku obniżone napięcie gałki nasuwało, jak wspomniałem wyżej, obawę, że jest już ona w stanie zaniku, co tembardziej zmniejszało nadzieję uzyskania jakiejkolwiek korzyści z zabiegu operacyjnego. Jeżeli mimo tego zdecydowałem się operację wykonać, to głównie ze względu na to, że prawem okiem chora rozróżniała zaledwie ruchy ręki i tutaj nie można się już było spodziewać żadnej poprawy wzroku. a oko lewe zarosłe, choć wydawało się miękkie, miało bądź co bądź dobre poczucie światła i dobrą lokalizację. Wobec tego zabieg operacyjny na wszelki wypadek był jeśli nie wskazany, to przynajmniej usprawiedliwiony.

Dnia 7. stycznia b. r. wykonałem operację, której przebieg był następujący: Posmarowano powieki i brzegi rzęsowe jodyną, wstrzyknięto do blizny spajającej powieki, jakoteż w kierunku pod powiekę górną i dolną roztwór kokainy z tonogenem. Ostrożnie zaczęto skalpelem rozcinać bliznę wzdłuż szpary powiek od kącika do kącika. Już po pierwszych cięciach zaczęła przebijać barwa sinawa. Oddzielono bez wielkiego trudu powiekę dolną, przyczem odsłoniła się na dużej przestrzeni twardówka niezmieniona. Podczas oddzielania zapomocą nożyczek powieki górnej od gałki ocznej po jednem z cięć wytrysła nagle ciecz przeźroczysta. Zdawało mi się, że naciąłem ścianę gałki ocznej zrosłej z blizną, albo może wystający garbiak rogówki i że to ciecz wodna odpłynęła z przedniej komory. Jeszcze przez chwilę mieliśmy złudzenie, że mamy przed sobą otwartą komorę oka i obnażoną tęczówkę. Przy dalszem jednak oddzielaniu powieki górnej odsłoniła się górna część przeźroczystej rogówki, przez którą ujrzeliśmy wyraźnie tęczówkę i górną połowę regularnej, silnie rozszerzonej, czarnej źrenicy. Chora woła z radością, że widzi otaczające osoby i przedmioty. Okazało się, że naszemi narzędziami otworzyliśmy pewnego rodzaju torbiel. której przednią ścianę tworzyły zrosłe ze sobą powieki, boczne ściany składały się ze zbitych, krótkich zrostów między tylną powierzchnią powiek a całym obwodowym pasem rogówki, a tylną ściana była właśnie sama nieuszkodzona, przeźroczysta i błyszcząca rogówka. Kilka dalszych cięć wystarczyło, aby oddzielić cały obwód rogówki od powiek i odsłonić gałkę oczną w zupełności. Poza rogówką, zrosty między powiekami a okiem były o wiele luźniejsze. Pogłębiono jeszcze załamki, a następnie wprowadzono pod powieki szklaną protezę Illiga z otworem na rogówkę. Jest to muszelka z przeźroczystego szkła o krawędziach ogładzonych, tak duża, żeby włożona pod powieki opierała się brzegami o dno górnego i dolnego załamka, a tak wysklepiona, ażeby przylegała dokładnie do powierzchni gałki ocznej, to jest tylko do twardówki, gdyż w środku muszelka ta posiada duży, okrągły otwór na rogówkę. W ten sposób ochraniamy rogówkę przed bezpośredniem zetknięciem ze szkłem protezy i zapobiegamy znacznemu podrażnieniu całego oka. Po opłukaniu i zapuszczeniu elektrargolu przykryto całe oko szkiełkiem, wyjętem z zadymionych okularów muszlowych, przytwierdziwszy je do obwodu oczodołu zapomocą pasków przylepca tak, ażeby chora mogła pod niem oko swobodnie otwierać.

W pierwszych dniach po operacji chora narzekała bardzo na silny ból pod powiekami, czemu dziwić się nie można ze względu na obecność ciała obcego w świeżej ranie. Przez szkiełko okularowe można było przez dzień cały kontrolować zachowanie się oka. Powieki były tylko bardzo nieznacznie obrzmiałe, a chora miała nakazane trzymać je szeroko otwarte. W ten sposób zapobiegało się ponownemu zlepieniu i zrośnięciu się szpary powiekowej. To było też głównym celem owego okienka szklanego w opatrunku, dzięki któremu chora mogła operowanem okiem patrzeć i widzieć. Nie trzeba dodawać, że ociemniała od szeregu miesięcy, skwapliwie korzystała z przywróconego wzroku i całymi dniami rozglądała się wokoło siebie mimo, że każdy ruch oka wywoływał bolesny ucisk tkwiącej pod powiekami protezy. Ale proteza ta spełniła dobrze swoje zadanie. Nie dopuściła do ponownego zrośnięcia się okrwawionych powiek z obnażoną twardówką. Pozostawiliśmy ją pod powiekami, nie wyjmując wcale, z górą przez dwa tygodnie. Codziennie jednak zmieniano opatrunek, przyczem oko dokładnie odczyszczano z dość obfitej wydzieliny śluzoworopnej i opłukiwano fizyologicznym roztworem soli. Już po kilku dniach bóle przy ruchach oka ustały, a pozostało tylko uczucie ciała obcego pod powiekami. Pierwotne silne rozszerzenie źrenicy, które wnet ustąpiło, tłómaczymy sobie działaniem kokainy, wstrzykniętej przed operacją do blizn spajających powieki, skąd dostała się do płynu zawartego w torbieli, a stamtąd przez wchłonięcie do przedniej komory oka.

Po upływie tygodnia przestano zakładać opatrunki, a chora robiła tylko letnie okłady z 2% boraksu i dostawała maść tigenolową na brzegi powiek, co znaczną sprawiało jej ulgę w dolegliwościach. Po upływie dalszego tygodnia wyjęto bez trudu protezę Illiga i stwierdzono następujący stan operowanego oka: Wydzielina śluzowa dość obfita. Brzegi powiek wolne i gładko zabliźnione, tylko w samych kącikach szpary powiekowej połączone małymi zrostami pletwowatymi. Oba te zrosty (razem wzięte) nie skracają jednak szpary powiekowej ani o $^1/_{20}$ jej długości. Tak górny, jak i dolny załamek są dostatecznie głębokie. Górna powieka daje się z łatwością odwrócić. Powierzchnia wewnętrzna obu powiek pokryta tkanką bliznowatą, silnie ukrwioną i tylko w częściach sąsiadujących z załamkami przypomina spojówkę w stanie silnego przerostu brodawkowego. Tuż przy kąciku nosowym, pod powieką górną polipowate zgrubienie tkanki na szerokiej szypule. Gałkę oczną dokoła rogówki pokrywa tkanka różowa o wejrzeniu na powierzchni szklistem, tworząca dość gruby, przesuwalny na twardówce pokład. Tkanka ta ze wszystkich stron wchodzi w obręb rogówki, jest z nią ściśle zrosła i przykrywa cały jej obwód tak, że odsłonięta część rogówki przedstawia kształt dość regularnego pięciokąta, wierzchołkiem zwróconego ku dołowi. W środku rogówki daje się dostrzedz przy pomocy lupy i ogniskowego oświetlenia bardzo nieznaczne, mgiełkowate, powierzchowne zaćmienie (nebula corneae centralis). Dolny odcinek rogówki okazuje wyraźne, bliznowate, ścięgniste zaćmienie, dość wydatnie unaczynione. Poza tem rogówka lśniąca i przeźroczysta; przednia komora głęboka; źrenica około 4 mm średnicy, regularna, okrągła i ruchoma.

Dalszy przebieg gojenia był zupełnie prawidłowy, tak że po upływie dni kilkunastu wydzielina, resztki obrzęku, polipowate zgrubienie spojówki w kąciku nosowym zupełnie ustąpiły, oko zbladło, a wzrok badany potem kilkakrotnie wykazywał ostatecznie stan następujący: Prawem okiem rozróżnia chora palce zaledwie na odległość kilku centymetrów, lewem zaś widzi $^6/_{18}$ sfer. + 0,5 D i czyta druk Albranda 2,3 sfer. + 3 D. To, że bystrość wzroku nie jest całkiem prawidłowa, jest następstwem wyłącznie mgiełkowatego zaćmienia środkowej części rogówki.

W cztery miesiące po operacji szpara powiekowa lewego oka jest zupełnie prawie normalnej długości, załamki głębokie, tylko w skroniowym kąciku pozostał wązki zrost powieki górnej ze spojówką gałki, nie upośledzający jednak wcale ani ruchów powiek, ani ruchów gałki. Skrajny obwód rogówki po stronie skroni pokryty tkanką bliznowatą przesuniętą z twardówki i odgraniczającą się ostro ciętym, łukowato równoległe do obwodu rogówki przebiegającym brzegiem, spadającym stromo na przeźroczystą, lśniącą rogówkę. Zresztą stan tensam, co dawniej.

Obraz prawego oka nie zmienił się wcale. Rogówka zrośnięta częściowo z powieką górną, pokryta prawie w całości półprzeźroczystą tkanką bliznowatą i licznemi naczyniami. Stan ten jest wynikiem owrzodzeń, które się kilkakrotnie podczas pobytu chorej w klinice odnawiały.

W przypadku tym szczególną uwagę zwraca ocalenie rogówki lewego oka mimo zupełnego zarośnięcia szpary powiekowej, co, jak na wstępie wykazałem, jest zdarzeniem zupełnie wyjątkowem. O zwyczajnem oparzeniu myśleć w tym przypadku nie można nietylko dlatego, że na podstawie opowiadań chorej i jej otoczenia mogliśmy zupełnie wyłączyć związek między pożarem a chorobą oczu, ale i dlatego, że czyto pod działaniem ognia, czy też jakiegoś czynnika chemicznego, działającego żrąco, oparzenie, po którem powstało całkowite zarośnięcie szpary powiekowej, musiałoby równocześnie zniszczyć, a conajmniej silnie uszkodzić rogówkę i wywołać jej zrost z powiekami. W naszym przypadku nastąpiło wytworzenie się torbieli, lub coś w rodzaju torbieli pomiędzy rogówką, a zrosłemi powiekami (cystis praecornealis). Torbiel ta wypełniona była wodojasnym płynem, który podczas operacji po nacięciu ściany wytrysnął żywym strumieniem. Płyn ten widocznie ochraniał rogówkę od zetknięcia się ze zrosłemi powiekami, trzymając je nawet w pewnej od powierzchni rogówki odległości. Dzięki temu rogówka zachowała swą przeźroczystość z wyjątkiem skrajnego obwodu, do którego przyrosłe były boczne ściany owej torbieli i z wyjątkiem nieznacznej plamki w środku rogówki naprzeciw źrenicy, która to plamka mogła jednak istnieć już poprzednio. Płyn wypełniający torbiel dawał równocześnie owo wybitne chełbotanie, które odnosiliśmy z początku do samej gałki ocznej, przypuszczając, że jest w stanie zaniku i hypotonii.

To wszystko nie tłumaczy nam jednak jeszcze istoty sprawy chorobowej, która doprowadziła do tych niezwykłych zmian na oczach. To też w ciągu leczenia pooperacyjnego zajęliśmy się także zbadaniem narządów wewnętrznych, krwi i moczu chorej tem bardziej, że przybyła do kliniki w stanie wybitnego charłactwa i przez czas. dłuższy gorączkowała. Badanie narządów wewnętrznych wykazało: Emphysema pulmonum, Bronchitis chronica, Tbc fibrosa apicum, Myocarditis chronica. Badanie moczu nie wykryło nic nieprawidłowego, próba Wassermanna natomiast dała z czterema antygenami wynik silnie dodatni. Dla pewności posłano po kilku dniach jeszcze raz krew do zbadania i próba dała powtórnie taki sam wynik. Wobec tego jeszcze raz wzięliśmy chorą na spowiedź i dowiedzieliśmy się, że na kilka miesięcy przed chorobą oczu została w lesie zgwałcona i zarażona, poczem leczono ją w szpitalu miejscowym wcieraniami rtęciowemi.

Profesor Krzyształowicz był tak uprzejmy, że sam zbadał chorą klinicznie w kierunku kiły, ale poza bliznami na oczach nie znalazł żadnych świeżych ani starych zmian, któreby za kiłą przemawiały. Nie mniej jednak uważałem za wskazane, korzystając z dłuższego pobytu chorej w klinice, przeprowadzić energiczne leczenie swoiste. Chora dostała 30 wcierań rtęciowych, które jednak z powodu zapalenia dziąseł musiano dwukrotnie przerywać. Następnie dostała cztery wlewania neosalwarsanu, a z tych trzy połączone z równoczesnem wprowadzeniem do żyły po 0,01 sublimatu, sposobem podanym przez Linsera. Mimo tak energicznego leczenia próba Wassermanna, wykonana w cztery miesiące po pierwszej próbie, wypadła znowu silnie dodatnio. Chora będzie musiała zatem jeszcze dalej się leczyć. Tymczasem zapisaliśmy jej jod wewnętrznie.

Wobec braku jakichkolwiek innych, mogących wchodzić w grę przyczyn zarośnięcia u naszej chorej worków spojówkowych, przyczyn takich, jak: ciężka jaglica, zapalenie błonicze, wąglik, pęcherzyca i t. d. — a nic ani we wywiadach, ani w badaniu miejscowem i ogólnem nie przemawiało za przebyciem podobnych chorób — nasuwa się z konieczności przypuszczenie, że

może sprawa kiłowa, najprawdopodobniej kilakowa, tocząc się na spojówkach powiekowych, a zatem już usadowiona w sposób zgoła niecodzienny, doprowadziła w krótkim czasie, bo w przeciągu miesiąca, do zejścia również całkiem niezwykłego, jakiem jest zupełne zarośnięcie szpary powiekowej lewego oka z wytworzeniem rodzaju torbieli podpowiekowej i z wyjątkowo szczęśliwem ocaleniem rogówki.

Nie małą trudność sprawia wyjaśnienie nagromadzenia się wodojasnej cieczy, która wypełniała jamę torbieli przedrogówkowej. Mało prawdopodobne jest zapalne pochodzenie tej cieczy, którą w takim razie trzebaby uważać za pozostałość płynnego wysięku zapalnego, do jakiego sprawy kiłowe nigdy prawie nie dają powodu. Przeciw temu tłómaczeniu przemawia też poniekąd zachowana przeźroczystość rogówki, która skąpana w wysięku zapalnym uległaby prawdopodobnie większemu uszkodzeniu.

Daleko lepiej przemawiałoby do przekonania przypuszczenie, że to łzy nagromadziły się przed rogówką wśród tworzących się zrostów i przyczyniły się do powiększenia jamy torbieli, a zarazem znakomicie dopomogły do zachowania nabłonka i miąższu rogówkowego w nienaruszonym stanie. Zachodzi tylko pytanie, skąd i którędy te łzy tam się dostały. Otóż w opisie operacji wspomniałem, że poza obwodem rogówki, powieki z gałką były dość luźnie pozrastane i załamki dały się z łatwością odsłonić. Prawdopodobnie istniały tam pewne części zachowanej jeszcze spojówki. Może być, że ocalały wyloty przewodów gruczołu łzowego, a conajmniej musiała ocaleć choć pewna część gruczolików Krausego, także łzy wydzielających. W początkowym okresie choroby mogły istnieć między zrostami, otaczającymi rogówkę, przerwy lub kanały, utrzymujące komunikację między resztkami worka spojówkowego a przestrzenią zamkniętą między rogówką a zrosłemi powiekami. W tej przestrzeni mogły się łzy powoli gromadzić, a gdy wreszcie wszelkie szczeliny wśród tworzących się blizn zarosły, łzy te pozostały w jamie, jako płynna treść zamkniętej ze wszystkich stron torbieli.

Co do właściwej, pierwotnej przyczyny zmian ocznych u naszej chorej, to powtarzam, że związek ich z kiłą nie jest bynajmniej dowiedziony, a tylko przypuszczalny i o ileby się go nie przyjęło, to etjologja przypadku tego, który już pod względem przebiegu klinicznego przedstawia się zupełnie niezwykle, musiałaby pozostać nierozwiązaną zagadką.

Krew chorych na czerwonkę pod względem bakteryologicznym i serologicznym.

Podał Prymarjusz **Dr J. Kostrzewski.**

(Z oddziału chorób zakaźnych Szpitala św. Łazarza w Krakowie)

W piśmiennictwie z ostatnich lat znanych jest kilkadziesiąt spostrzeżeń, dotyczących wyhodowania bakterji czerwonki z ustroju człowieka poza obrębem przewodu pokarmowego, względnie poza treścią i wydaliną przewodu pokarmowego. Część z tych spostrzeżeń stanowią badania u chorych, część zaś badania na zwłokach. Spostrzeżenia te są w patologji czerwonki faktem nowym i nieoczekiwanym, a to dlatego, bo dotychczasowe nasze pojęcia o istocie czerwonki wykluczały możliwość znajdowania się bakterji czerwonkowych w ustroju człowieka poza przewodem pokarmowym względnie treścią przewodu pokarmowego. Jak rozumieć obecność bakterji czerwonkowych we krwi, tkankach i moczu chorych, lub zmarłych na czerwonkę, tego na razie nie wiemy, tem mniej zaś możemy wyrokować na podstawie dotychczasowych bakterjologicznych badań krwi, czy czerwonka, to choroba przewodu pokarmowego, czy może ogólnoustrojowa, na wzór duru brzusznego.

Dobrze i dawno znaną jest rzeczą występowanie we krwi chorych na czerwonkę aglutynin, zlepiających bakterje czerwonkowe; do niedawna jednak własności aglutynacyjnych surowicy krwi chorych czerwonkowych, nie brali w rachubę ani klinicyści ani bakterjologowie. Dopiero w ostatnich latach zajęto się bliżej tą sprawą; wyniki zaś doświadczeń dowodzą, że badanie surowicy krwi w kierunku aglutynowania bakterji czerwonkowych u podejrzanych co do czerwonki lub chorych na czerwonkę ma znaczenie, jeżeli chodzi o etjologiczną stronę rozpoznania.

Przechodzę do własnych spostrzeżeń. Zbadano krew 24 chorych na czerwonkę i 16 chorych nie na czerwonkę. Chorzy na czerwonkę nie przedstawiali najmniejszej wątpliwości pod względem rozpoznania czerwonki w pojęciu klinicznem. Bakterjologicznego rozbioru kału u chorych tych nie uwzględniano. Nie uwzględniano zaś dlatego: 1) ponieważ kliniczne i etjologiczne pojęcie czerwonki nie zawsze się pokrywają, 2) ponieważ w kale chorych na czerwonkę w pojęciu etjologicznem dość często nie udaje się wykazać zarazków chorobotwórczych t. zn. bakterji czerwonkowych.

Wobec tego stanu rzeczy nasunęło się pytanie, jakie znaczenie mieć może badanie bakterjologiczne i serologiczne krwi u chorych na czerwonkę w pojęciu klinicznem?

U 16 chorych nie na czerwonkę rozpoznanie uwzględniało zarówno objawy kliniczne, jak wyniki odpowiednich rozbiorów bakterjologicznych, serologicznych i mikroskopowych.

Badania bakterjologiczne.

U 18 chorych na czerwonkę szczepiono krew na pożywki 37 razy, z tego u 8 chorych jednorazowo, u innych po więcej razy, — najwięcej 5 razy u jednego i tegosamego chorego. Szczepiono conajmniej 10, zwykle 15—20 cm³ krwi chorego na dwie żółci, rzadziej na dwie żółci i jeden buljon (każda kolbka zawierała po 50 cm³ pożywki). Co do okresu choroby, to szczepiono: w pierwszym tygodniu choroby 14 razy, w drugim 11 razy, w trzecim 5 razy, w późniejszym okresie choroby 7 razy. 9 razy szczepiono krew na pożywki przy gorączce nie dochodzącej do 37·5⁰ C., a 28 razy w czasie gorączki wynoszącej 37·5 do 39⁰ C. Gorączka powyżej 37·5⁰ C. była 14 razy u 9 chorych skutkiem czerwonki, — w innych 14 razach pochodziła od powikłań. Wśród tych powikłań u dwu chorych chodziło o zapalenie stawów na tle czerwonki. U jednego z tych chorych szczepiono 20 cm³ krwi, przy ciepłocie 38⁰ C., tym razem wyjątkowo na 2 buljony i 1 wodę przekroploną, u drugiego 40 cm³ krwi przy ciepłocie 37·8⁰ C. na 3 żółci, — u jednego i drugiego chorego z wynikiem ujemnym. Na 37 dokonanych posiewów wyhudowano bakterje czerwonkowe 7 razy, u 5 chorych na czerwonkę, zawsze w czystej hodowli i zawsze tylko na żółci. Za każdym razem mieliśmy do czynienia ze szczepem Shiga-Kruse; dowodziło tego zachowanie się bakterji na pożywkach cukrowych i zachowanie się bakterji wobec swoiście aglutynujących surowic. Bakterje wyhodowano 3 razy w szóstym, 1 raz w ósmym, 2 razy w dziewiątym, a 1 raz w osiemnastym dniu trwania czerwonki. Najniższa ciepłota ciała chorych, przy której je wyhodowano, wynosiła 37·7⁰ C. Gorączka w przypadkach wyhodowania ze krwi bakterji czerwonkowych była wywołana tylko przez czerwonkę, wszelka inna przyczyna gorączki była wykluczona. U jednej z chorych, u której czerwonka trwała 12 tygodni, wysiewano krew w różnych odstępach czasu 5 razy, — raz przy ciepłocie (ciała chorej) 37⁰ C., zresztą przy wyższej; bakterji czerwonkowych nie wyhodowano ani razu, natomiast za trzeciem szczepieniem, wykonanem w 7 tygodniu choroby przy ciepłocie 38⁰ C., wyhodowano bakterje duru brzusznego. W 6 i 7 dni później, chociaż szczepiono raz 30, drugi raz 40 cm³ krwi przy ciepłocie 37·5—38⁰ C., bakterji durowych nie wyhodowano. Co do własności aglutynacyjnych badano surowicę krwi tej chorej 6 razy w ciągu choroby, z tego dwa razy po wyhodowaniu bakterji durowych. Surowica aglutynowała zawsze szczep Shiga-Kruse, bakterji durowych ani bakterji duru rzekomego nie aglutynowała. Niezawodnie w danym przypadku czerwonkowe schorzenie jelit ułatwiło lub spowodowało dostanie się bakterji durowych do obiegu krwi; bakterje durowe nie wpłynęły jednak na własności surowicy krwi, bo wytworzenie się aglutynin, działających na bakterje durowe, nie nastąpiło.

Z przedstawionych badań bakterjologicznych wynika, co następuje. Z krwi chorych na czerwonkę powiodło się wyhodować bakterje czerwonkowe tylko w czasie gorączki, gorączka zaś była skutkiem tylko czerwonki. Na 14 w tych warunkach dokonanych posiewów krwi było dodatnich 7 (50%); krew pochodziła od 9 chorych, bakterje czerwonkowe zaś wyhodowano u 5 z nich, czyli u 55% uwzględnianych tu chorych na czerwonkę.

Badania serologiczne.

Przy badaniu własności aglutynacyjnych nastawiano surowicę krwi chorych równocześnie ze szczepem: Shiga-Kruse, Flexner, Y, b. typhi, paratyphi α i β. Obok wymienionych szczepów czerwonkowych, którymi się posługiwano w pracowni od dłuższego czasu, — używano do prób aglutynacyjnych także szczepów Shiga-Kruse, uzyskanych świeżo z krwi chorych na czerwonkę, a do doświadczeń włączano je w miarę ich wyhodowywania. Próby nastawiano zawsze w objętości 1 cm³, w czem było $^1/_2$ cm³ zawiesiny 24 godzinnej hodowli, a $^1/_2$ cm³ rozcieńczenia surowicy. Probówki stały w cieplarce 18—20 godzin, poczem wynik odczytywano gołem okiem. Uwzględniając aglutynację bakteryj czerwonkowych, począwszy od rozcieńczenia su-

rowicy $^1/_{100}$ (licząc w tem także objętość zawiesiny), otrzymaliśmy dodatni wynik próby z surowicami 22 chorych na czerwonkę, a ujemny z surowicami 2 chorych na czerwonkę. Wszystkie 22 surowice aglutynowały szczep Shiga-Kruse, — ale dwie z nich obok własności aglutynowania szczepu Shiga-Kruse, aglutynowały jeszcze inne szczepy, a mianowicie jedna szczep Flexner ($^1/_{200}$), a druga szczep Flexner i szczep Y ($^1/_{100}$). Żadna z 24 surowic chorych na czerwonkę nie aglutynowała nawet w rozcieńczeniu $^1/_{50}$ ani prątka tyfusowego, ani paratyfusowego α i β. Najwyższe miano surowic aglutynujących bakterje czerwonkowe wynosiło $^1/_{400}$. Najwcześniej spotykaliśmy własności aglutynacyjne surowic chorych na czerwonkę w szóstym dniu choroby, — ale z drugiej strony spotkaliśmy surowice takie, które jeszcze w 12. dniu trwania czerwonki nie aglutynowały. Co do stopnia, w jakim ulegał aglutynucji szczep Shiga-Kruse pracowniany i świeżo z krwi wyhodowany, nie spotykaliśmy naogół między nimi różnicy, z wyjątkiem tego, że jedna z omawianych surowic aglutynowała tylko szczep pracowniany, a inna tylko jeden ze szczepów świeżo z krwi wyhodowanych. Nierzadko jednak widywaliśmy, badając kilkakrotnie w nieregularnych odstępach czasu tęsamą surowicę, że surowica aglutynuje raz — jeden, drugi raz — drugi szczep czerwonkowy silniej, czyli że miano aglutynacyjne surowicy, przy kilkakrotnem badaniu, było dla różnych szczepów czerwonkowych niejednakowe. Wahania w zachowaniu się naszych szczepów wobec surowic aglutynujących były niewielkie, wspominam zaś o nich dlatego, ponieważ się często czyta, że różne szczepy czerwonkowe zachowują się różnie co do zdolności ulegania aglutynacji, w następstwie czego do celów rozpoznawczych należy używać szczepów czerwonkowych starannie dobranych, ani zbytnio, ani za mało czułych. Z surowic, pochodzących od 16 chorych nie na czerwonkę, sześć surowic było takich, które aglutynowały bakterje czerwonki, a mianowicie: jedna szczep Shiga-Kruse i Flexner, inne tylko szczep Shiga-Kruse. Surowice te aglutynowały szczep Shiga-Kruse (jedna i także szczep Flexner) w rozcieńczeniu $^1/_{50}$ z wyjątkiem dwu surowic, których miano wynosiło $^1/_{100}$. Cztery z sześciu omawianych surowic aglutynowały bakterje duru brzusznego, a pochodziły od chorych na dur brzuszny, względnie od wyzdrowieńców po durze brzusznym. Dwie surowice, które nie aglutynowały ani prątków tyfusowych ani paratyfusowych α i β, pobrano od chorych na gorączkę powrotną.

Przytoczone badania serologiczne dowodzą, co następuje: U 90% chorych na czerwonkę stwierdzono, że surowica krwi ma własność aglutynowania bakterji czerwonkowych. Surowice, które aglutynowały bakterje czerwonkowe, a pochodziły od chorych nie na czerwonkę, prócz tego, że miały miano aglutynacyjne niższe, niż surowice czerwonkowe, aglutynowały w większości przypadków równocześnie bakterje duru brzusznego.

Omówienie wyników badań. Bez bakterjologicznych rozbiorów kału, tylko na podstawie częścią bakterjologicznych, a głównie serologicznych wyników badania krwi chorych stwierdzono, że u 22 z 24 chorych na czerwonkę w pojęciu klinicznem, przyczyną choroby był szczep Shiga-Kruse.

Przedstawione tutaj wyniki bakterjologicznych rozbiorów krwi chorych na czerwonkę, jakoteż wyniki opisywane przez różnych autorów stanowią pytanie w patologji czerwonki na razie nierozstrzygnięte.

O ile zaś badania własności surowicy krwi w kierunku aglutynowania bakterji czerwonkowych stanowią ważną metodę rozpoznawczą, jeśli chodzi o etjologiczną stronę rozpoznania czerwonki, a zwłaszcza spraw chorobowych, które mogą być następstwem czerwonki (zapalenie stawów, nerwów, tęczówki i opon mózgowych), to, pod tym względem potrzebne są dalsze doświadczenia, a mianowicie w kierunku zachowania się własności surowicy krwi osób wolnych od czerwonki, wobec bakterji czerwonkowych.

Piśmiennictwo. 1) Brünauer: W. kl. W. 1916, 5. — 2) Dorendorf u. Kolle: D. m. W. 1916, 19. — 3) Dünner: B. kl. W. 1915, 46. — 4) Dünner u. Lauber: B. kl. W. 1916, 47. — 5) Friedman u. Steinbock: D. m. W. 1916, 8. — 6) Friedrich: D. m. W. 1917, 51. — 7) Ghon u. Roman: W. kl. W. 1915, 22, 23. — 8) Herschmann: W. kl. W. 1920, 4. — 9) Jakobitz: B. kl. W. 1916, 29. — 10) Karpiński: Gaz. lek. 1917, 27. — 11) Markwald: M. m, W. 1901. 48. — 12) Meyer: B. kl. W. 1916, 39, 40. — 13) Nowicki: Gaz. lek. 1917, 32, 33. — 14) Schiemann: B. kl. W. 1916, 39. — 15) Schütz: D. m. W. 1916, 15.— 16) Szokalski: Gaz. lek. 1918, 32, 33.

O znaczeniu punktów uciskowych przy rozpoznaniu przypuszczalnego wrzodu dwunastnicy.

Podał **Dr Wasserthal** (Karlsbad].

Na podstawie spostrzeganych przypadków chcę zwrócić uwagę na niedoceniane dotychczas znaczenie rozpoznawcze punktów uciskowych w przebiegu wrzodu dwunastnicy.

Bezpośrednie fizyczne badanie chorego w pierwszej linji zwrócić należy ku umiejscowieniu bólów oraz nadczułości przy badaniu, t. zn. przy ucisku i opukiwaniu.

Mackenzie wspomina o myalgji mięśni brzusznych i nadczułości skóry w okolicy, odpowiadającej miejscu owrzodzenia. Zdaniem Ewalda jestto objaw niestały i zwodniczy.

Oryginalny i ciekawy sposób badania w tym kierunku podany został przez Mendla (D. m. W. 1910); polega on na opukiwaniu zapomocą młotka powłok brzusznych w obrębie nadpępcza. U zdrowych osób krótkie i niezbyt silne uderzenie młotkiem nie wywołuje bólu nawet u osób nadczułych, jeżeli jednak istnieje wrzód dwunastnicy, to w pewnym ściśle określonym punkcie znajdziemy znaczną bolesność. Wstrząśnienia, wywołane przez opukiwanie młotkiem, udzielają się okolicy owrzodzenia poprzez powłoki i poprzez miąższ wątroby, w ten sposób następuje projekcja wrzodu na zewnątrz. Miejsce to znajduje się na prawo od środkowej linji brzucha poniżej połowy między łukiem żebrowym i pępkiem. Jeżeli znaleziony bolesny punkt naznaczymy ołówkiem, to przy dokładniejszem badaniu znajdziemy, że bolesne miejsce ma postać krążka wielkości monety dwumarkowej. Opukiwanie poza obrębem bolesnego krążka nie wywołuje bolu, zmniejszanie się średnicy krążka świadczyć ma o postępującem gojeniu się owrzodzenia.

Przy wrzodzie żołądka usadowienie punktu Mendla jest inne. W przypadkach zmian okołożołądkowych (perigastritis), schorzeń pęcherzyka żółciowego oraz okrężnicy również znaleść można bolesność przy opukiwaniu; brak tu jednak według Mendla wyraźnych granic bolesności, jakie stwierdza się przy wrzodzie dwunastnicy.

Co do wartości klinicznej objawu Mendla dane w literaturze są dość skąpe. Ewald, autor w tych sprawach bardzo kompetentny, wspomina o bólach uciskowych mniej lub więcej wyraźnych między środkową linią ciała a przednią linią pachową, względnie linją przymostkową od łuku żebrowego ku linji pępkowej, co do samej zaś metody badania, to wyraża się o niej bardzo sceptycznie, choć, jak pisze, starał się stwierdzić jej wartość.

Na zasadzie osobistego doświadczenia uważam ocenę Ewalda za zbyt surową. Od 8 lat[1]), to znaczy zupełnie niezależnie od Mendla, którego pierwszej pracy z r. 1903 (Münch. m. Woch. 13), nie znałem zupełnie, stosuję przy badaniu schorzeń narządów brzusznych wstrząsanie miejscowe i opukiwanie młotkiem lub też palcami i niejednokrotnie miałem sposobność przekonać się, że takie opukiwanie daje przy różnorodnych schorzeniach narządów wewnętrznych (nerek, wątroby, pęcherzyka i dróg żółciowych i górnych narządów trawienia) stosunkowo dość ściśle i cenne wskazówki diagnostyczne.

[1]) Pisane w r. 1912.

Impuls do moich badań metodą opukiwania i wstrząsania dała mi praca Goldflama z Warszawy o »wstrząsaniu« (sukkusyi) nerek, ogłoszona przed wielu laty (1901). Posługiwałem się metodą Goldflama od wielu lat. Przy »przypuszczalnem« rozpoznawaniu kamicy nerkowej daje ona wyniki znacznie pewniejsze od innych, ogólnie używanych metod oryentacyjnych, opartych na uciskaniu względnie wymacywaniu nerek [2]). Ma się rozumieć, metoda ta może mieć jedynie wartość metody dodatkowej orjentacyjnej; rozpoznania na tym objawie opierać nie wolno.

Tosamo i przy owrzodzeniach dwunastnicy, w wielu przypadkach, gdzie na ucisk niema bolesności lub też tylko bolesność powłok zewnętrznych, może opukiwanie wykryć mniej lub więcej umiejscowiony ból. O punktach uciskowych plecowych, wprowadzonych do djagnostyki schorzeń żołądka przez Boasa, mówi Ewald, że są niestałe i że występują równie nieregularnie przy wrzodzie dwunastnicy, jak i przy wrzodzie żołądka.

Otóż i przeciw temu twierdzeniu Ewalda podniósłbym pewne zastrzeżenia. Przy dokładnem badaniu nawet w kilka miesięcy po ostatniem krwawieniu, kiedy chory nie odczuwa już najmniejszych bolów, prawie stale udawało mi się wykazać ból uciskowy z tyłu w okolicy ostatniego kręgu piersiowego i pierwszych 2 lędźwiowych, 2—4 centymetry na prawo od linji wyrostków kolczystych. Nawet tam, gdzie ani ucisk, ani opukiwanie od strony brzusznej nie daje żadnej bolesności, to znaczy w okresie gojenia się i zabliźniania wrzodu dwunastnicy, punkt uciskowy grzbietowy przez pewien jeszcze czas zostaje.

Jak widzę z dostępnego mi piśmiennictwa, charakterystyczny ten objaw, który się bodaj najdłużej zachowuje, przez większość autorów nie został uwzględniony. Friedmann w historji choroby jednego ze swoich chorych o tem wspomina, Persner zaś w ośmiu przypadkach z ogólnej liczby 16 obserwowanych widział bóle uciskowe na prawo od kręgosłupa oraz bolesność wyrostków kolczystych (na ucisk).

Badanie wykonywa się na chorym leżącym. Prawa ręka wywołuje lekki ucisk lub »ballottement« w okolicy nadpępcza, lewa obejmuje okolicę lędźwiową chorego i poczynając od kręgosłupa na zewnątrz, wywołuję lekki ucisk końcami palców od tyłu ku przodowi. Punkt grzbietowy przeważnie leży w projekcji (pionowej) punktu Mendla.

W ostatnich latach przed wojną Jaworski zwrócił uwagę na doniosłość opukiwania i ucisku wibracyjnego przy rozpoznaniu schorzeń narządów brzusznych. W zupełności mogę potwierdzić dane szanownego profesora. Posługuję się tą metodą nietylko w celach rozpoznawczych przy kamicy żółciowej (i wrzodach w okolicy odźwiernika), lecz i dla oceny stopnia sprawy zapalnej po cięższych lub łżejszych napadach kolki szczególnie u kobiet, gdzie po kolce wszystkie objawy nadspodziewanie szybko znikają, wątroba szybko wraca do stanu prawidłowego i bolesność, nawet przy silniejszym ucisku, zupełnie ustępuje. Jedynie wstrząsanie daje i pod tym względem cenne i dość pewne wskazówki.

W Nr. 3. »Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung« z r. 1918 Boas szeroko omawia znaczenie punktów uciskowych w dyagnostyce chorób narządów trawienia. Wypuk w postaci »Schwellenwertperkussion«, t. zn. wypuku aż do (granicy) bolu, oraz ucisk w różnych punktach uważa ten autor za nader ważny czynnik rozpoznawczy i w konkluzji potwierdza to, co powyżej powiedziano

Spotka mnie słuszny zarzut, który zrobić można również Ewaldowi, Mendlowi i wielu innym internistom, że rozpoznanie w przypadkach moich nie zostało potwierdzone przez operację. Otóż z tym zarzutem się liczę, mówiąc o »przypuszczalnych« owrzodzeniach dwunastnicy, w nadziei, że ci, którzy mają możność poddawania swego rozpoznania pod kontrolę operacji, oraz chirurdzy sami, zechcą zwrócić uwagę na te dane diagnostyczne, o których wspomniałem.

[2]) Nie powiem, żeby na zasadzie »wstrząsania« nerek można było w każdym przypadku dojść do rozpoznania kamicy lecz we wszystkich przypadkach, gdzie fotografja Röntgena daje wynik dodatni, tam też stale wstrząsanie nerek nie zawodzi i może do pewnego stopnia służyć jako miara odczynu zapalnego (bolesnego), wywołanego w nerce przez ciało obce.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Büdingen: **Podstawy wadliwego odżywiania mięśnia sercowego i leczenie wlewaniami cukru gronowego.** (D. m. W. 1919, 2). Oprócz znanych wad anatomicznych w mięśniu sercowym, istnieją jeszcze inne zboczenia, zwane czynnościowemi, które według autora polegać mają na niedostatecznem odżywianiu mięśnia sercowego przez cukier gronowy. Brak cukru dla mięśnia sercowego może pochodzić albo ze zmniejszonej ilości cukru we krwi (hypoglykemia), albo z niedostatecznej jego ilości w mięśniu sercowym, w którym znajduje się on zapasowo jako glikogen. Wychodząc z tego założenia »głodu cukrowego« mięśnia sercowego, stosował autor w odpowiednich przypadkach zboczeń sercowych po 200 cm^3 10%—20% roztczynu cukru gronowego we wlewaniach dożylnych, 2—3 razy tygodniowo. Z 5000 wlewań dotąd wykonanych nie zauważył autor nigdy ujemnych, a często dobre wyniki. W tych pod wpływem wlewań cukrowych korzystnych przypadkach przypuszcza autor, że mięsień sercowy ma mało cukru we krwi, albo glikogenu w tkankach. Leczenia cukrowego używał autor nietylko w zmianach czynnościowych serca, jak w dusznicy bolesnej wrzekomej, ale i w prawdziwej, następnie w stwardnieniu tętnic wieńcowych, w zapaleniu mięśnia sercowego, zwężeniu ujść, przeroście serca, rozszerzeniu komór, przy wysokiem parciu krwi, przypuszczając, że i w tych przypadkach jest brak lub wadliwe zużytkowanie cukru przez mięsień sercowy, co autor oznacza ogólną nazwą »kardiodystrophia chronica«. W końcu autor radzi robić wlewania tylko w zakładach. J.

Loeper: **O zapaleniu nerwów jelitowych (entéronévrites) przy rakach jelit.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Z badań anatomicznych autora wynika niewątpliwie, że sprawy nowotworowe mogą się szerzyć w nerwach krezkowych i docierać drogą tych nerwów aż do splotu trzewnego. Stąd powstają w następstwie zaburzenia czynnościowe w postaci napadów brzusznych (crises coeliaques) i bolów gwałtownych, przy-

pominających napady, występujące w przebiegu wiądu rdzenia. Jest to sprawa analogiczna do neuralgij nerwu trójdzielnego, których źródłem może być próchnienie zębów.

Dr Blassberg (Kraków).

Loeper: **O zapaleniach nerwów jelitowych (entéronévrites).** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Po chorobach jelit występują bardzo często wtórne zaburzenia czynnościowe, które można odnosić do zmian w gruczołach, w błonie śluzowej i t. p. Według L. można je także uważać za wynik zapalenia nerwów jelitowych, gdyż nerwy jelit są bardzo gęste i obfite i biorą często żywy udział w schorzeniach jelit. W ciągu dwóch lat zbadał Loeper anatomicznie w tym kierunku 36 przypadków czerwonki, duru brzusznego, zapalenia kątnicy, wrzodów dwunastnicy, nieżytów jelit zwykłych i gruźliczych i stwierdził w nerwach jelitowych towarzyszące zmiany bądź zapalne, bądź włókniste lub zwyrodnienia. Nazywa on je zapaleniami nerwów jelitowych (entéronévrites). Objawy stąd powstające nazywa Loeper arytmiami jelitowemi, gdyż analogicznie do arytmij sercowych zależą one od zmian w układzie nerwowym i w zwojach nerwowych ścian jelit.

Dr Blassberg (Kraków).

Joltrain, Baufle i Coope: **Próby mierzenia parcia w jelicie grubem.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Jeżeli wprowadzimy do jelit grubych ilość płynu, wystarczającą do ich wypełnienia i połączymy płyn ten z manometrem, to wahania wysokości płynu są wyrazem parcia wywieranego na ten płyn przez ściany jelita grubego. Lawatywa o 500 cm^3 dochodzi zwykle do wysokości poprzecznicy, 1000 cm^3 wypełnia najczęściej okrężnicę aż do jelita ślepego, a 2000 cm^3 wywoływać zwykło wybitne rozszerzenie całego jelita. Przyrząd swój nazwali autorowie telenteromanometrem (τελεντερον = jelito końcowe). Doszli oni do następujących wniosków: 1) Lawatywy z 500 cm^3 dają u osobnika prawidłowego parcie 7—14 cm^3 wody, nie wywołując kolek. W stanach chorobowych parcie osiąga lub przewyższa 20, a kolki występują często (co minutę) do 90 cm wysokości wody. 2) Lawatywy z 1000 cm^3 wywołują w stanie prawidłowym wzniesienie do 16—21 cm bez kolki lub z rzadkiemi kolkami i wzniesieniami. W stanach chorobowych parcie może dochodzić do 40, kolki stają się częste i mogą wywoływać parcie 58, 80, 82 centymetrów. 3) Lawatywy dzielone na części od 500—2000 cm^3, które cechuje parcie wysokie ponad 20 cm^3 lub częste i silne kolki, wskazują na stan chorobowy jelit. Na 2000 cm^3 jelito normalne może oddziaływać kolkami rzadkiemi (t. j. 6—8 na 30 minut) i wzniesieniami, nie przekraczającemi 50 cm. Jelito chore nie znosi takiej ilości płynu, parcie wznosi się do 30 cm i występują częste kolki (jedna lub więcej na minutę) z parciem do wysokości 86 cm^3 wody.

Dr Blassberg (Kraków).

König: **O żółciowem zapaleniu otrzewnej przy pozornem nieuszkodzeniu układu żółciowego.** (D. m. W. 1919, 5). Szereg autorów twierdzi, że zapalenie żółciowe otrzewnej może się wytworzyć bez uszkodzenia dróg żółciowych; inni zaś przypuszczają, że się ono nie może wytworzyć bez przedarcia ścian układu żółciowego. E. König ogłasza trzy przypadki zapalenia żółciowego otrzewnej, operowanych, w których znaleziono wysięki żółciowe. W jednym przypadku znaleziono »cholecystitis productiva calculosa«, w drugim »cholecystitis chronica fibrosa«, a w trzecim »cholecystitis chronica haemorrhagica«. W żadnym przypadku, pomimo skrzętnego poszukiwania, nie można było znaleść ani w pęcherzyku żółciowym, ani w przewodach żółciowych, przedarcia lub uszkodzenia. Operowani wyzdrowieli. Autor twierdzi, że nagromadzenie żółci w jamie otrzewnej z następowem zapaleniem doszło do skutku »per diapedesim«.

J.

Seidl: **O używaniu zgłębnika dwunastniczego do rozpoznania wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy.** (W. kl. W. 1919, 22). Autor badał chorych w przypadkach wrzodu okrągłego zgłębnikiem dwunastniczym w ten sposób, że chory połykał 50 cm zgłębnika dwunastniczego i kładł się na lewą stronę. Skoro ze zgłębnika odpłynęło 20—30 cm^3 płynu do podstawionego naczynia, połykał chory 80 cm zgłębnika i kładł się na prawą stronę, poczem znów zebrano odciekającą ciecz z odźwiernika. Po niejakim czasie podstawiono trzecie naczynie, do którego spływała treść dwunastnicy. Wszystkie trzy próby badano co do krwi zapomocą benzydyny. W jednych przypadkach dwie pierwsze próby nie dawały odczynu krwi utajonej, a dawała je trzecia, co przemawiało za wrzodem usadowionym w dwunastnicy. W innych znów przypadkach wszystkie trzy próby dawały odczyn krwi, a wtedy obecność wrzodu w dwunastnicy stawała się niepewna. Trzeba jednak pamiętać o tem, że zgłębnikowanie samo we wrzodzie okrągłym może wywołać krwotok wewnętrzny.

J.

Jonas: **O punktach uciskowych w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy.** (W. kl. W. 1919, 7). Autor przypuszcza, że wrzód okrągły żołądka i dwunastnicy sprawia na otrzewnej miejscowe zapalenie (perigastritis i periduodenitis) i przez to podrażnia otrzewnę ścienną, a z nią i mięśnie proste. To się stwierdza nietylko przez uciskową bolesność miejscową, ale i przez większe napięcie mięśnia prostego, pokrywającego chore miejsce; natomiast drugi mięsień prosty napięcia nie wykazuje. Autor radzi to napięcie sztucznie wywołać przez wstrząsanie mięśni końcami palców, (przyczem chory stoi), jak to się dzieje przy wyszukiwaniu punktów bolesnych podczas prześwietlania żołądka. Wtedy mięsień prosty nad miejscem chorem przejdzie w stan napięcia (stwardnieje), natomiast mięsień prosty drugi, taksamo wstrząśnięty (co autor nazywa »Stossreaktion«), zostaje nie napięty. Autor zwraca jeszcze uwagę na to, że tosamo zjawisko napięcia mięśnia prostego daje nietylko wrzód dwunastnicy, ale także i zapalenie około pęcherzyka żółciowego (pericholecystitis).

J.

Mussio Fournier: **Zespół niezupełnej postaci choroby Addisona z obecnością linji białej.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Przypadek autora, dotyczący 18-letniej chorej, przedstawiał interesujące objawy kliniczne: 1) Przez 2 miesiące regularność nie pojawiła się, poczem wystąpiły silne bóle w obu okolicach lędźwiowych, rozpromieniające się ku żołądkowi i ku pośladkom, które zmuszały chorą do przybierania podczas chodu skrzywionej postawy i unikania wstrząśnień. Gwałtowność i nagłe pojawienie się tych bolów było niezwykłe, gdyż w tem cierpieniu zdarzają się zazwyczaj bóle ciągłe i głuche. 2) Silna pigmentacja twardówek pozostawała w niezwykłem przeciwieństwie do słabej pigmentacji skóry i błony śluzowej jamy ustnej. 3) Obecny był cukromocz pokarmowy i cukromocz adrenalinowy, których zwykle nie stwierdza się u osobników dotkniętych chorobą Addisona. Reszta zespołu nie pozostawiała wątpliwości co do choroby Addisona. W przypadku tym wybitny był objaw, opisany przez Sergenta jako charakterystyczny dla choroby Addisona i niedomogi nadnercza, t. j. nie uwydatniona linia biała na brzuchu. Autor zwraca też uwagę na to, że w przypadkach grypy, przebiegających z obniżonem ciśnieniem krwi i niedomogą serca, linia biała bywa wyraźnie zaznaczona.

Dr Blassberg (Kraków).

Davidsohn: **O ostrem zapaleniu nerek bez białka w moczu.** (D. m. W. 1919, 4). Autor zwraca uwagę na przypadki ostrego zapalenia nerek i sam je ze swej obserwacji przytacza. W jednych rozpoczyna się zapalenie kilkudniowem moczeniem krwawem, w innych bez tegoż. Tak w jednych, jak

i drugich przypadkach białka w moczu może nie być, a natomiast znajduje się w nim osad z wałeczków ziarnistych i szklistych. Przypadki te uważa autor za ogniskowe kłębkowe zapalenie nerek (glomerulonephritis) i poleca, jeżeli inne objawy kliniczne przemawiają za zajęciem nerek, skrzętnie badać osad moczu, gdyż następstwem ostrego zapalenia bywa przy zaniedbaniu przewlekłe zapalenie nerek. J.

Wiadomości bieżące.

Na odezwę Naczelnika Państwa i Rady obrony narodowej stanęli lekarze jedni z pierwszych do apelu. W Krakowie odbyło się 9. VII. ogólne zebranie lekarzy, zwołane przez dziekana Wydziału lekarskiego U. J. prof. Ciechanowskiego, prezesa Związku lekarzy Dr Damskiego, prezesa Towarzystwa lekarskiego prof. Rosnera i prezydenta Izby lekarskiej Dr Schoenguta-Strzemieńskiego. Zebranie uchwaliło wyrazić hołd Naczelnikowi Państwa i cześć armji, stwierdzając, że wszyscy lekarze i medycy krakowscy oddają się do dyspozycji armji. Wybrano komisję dla przyjmowania zgłoszeń do służby lekarskiej ochotniczej i pośredniczenia między lekarzami a władzą wojskową. Wśród pierwszych ochotników zgłosili się wszyscy lekarze najpoważniejsi wiekiem i stanowiskiem.

Z Towarzystw lekarskich. »Stowarzyszenie lekarzy polskich« w Warszawie postanowiło uznać »Gazetę lekarską« za swój organ i dostarczać wszystkim swym członkom obowiązkowo wszystkie trzy, związane ze sobą czasopisma: »Gazetę«, »Przegląd« i »Tygodnik«. — Oddział Jarosławski Polskiego Towarzystwa lekarzy b. Galicji wybrał na Walnem Zgromadzeniu d. 3. VII, 1920 następujący nowy zarząd: prezes Dr Fechter, wiceprezes Dr Lubowiedzki, sekretarz Dr Puzon, delegat Dr Fechter, zastępca Dr Sawicki. Zamiast wieńców na trumnę ś. p. Dr Dietziusa i Rosenblütha złożyli członkowie Oddziału 2000 Mkp. na fundusz wdów i sierot po lekarzach imienia Oddziału Jarosławskiego.

W Meranie, obecnie należącym do Włoch, działa nadal polskie sanatorjum Dr Bindera »Stefania«.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.
Nr 8. Rok LIX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekście K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K. = Marek 3·50.

Wady serca a ciąża

napisał Doc. Dr Jan Nowaczyński, asystent klin. med. U. J.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego).

Wady serca w ciąży mają znaczenie o tyle, że nakładają na lekarza specjalne zadania i wpływają na jego postępowanie odrębnie przez to, że, jak doświadczenie uczy, ciąża i poród przyczyniają się do pogorszenia wad serca, które nawet śmierć przynosi chorej. Specjalnem zadaniem lekarza będzie więc rozstrzygnięcie o konieczności usunięcia ciąży, czyli jej przerwania. Mówiąc więc o wadach serca w ciąży, mamy na myśli nic co innego, jak określenie wskazań do przerwania ciąży, bo pod każdym innym względem sprawa wad serca w ciąży przedstawia się, jak zwykle te wady.

W sprawie postępowania lekarza u ciężarnych z chorobami serca istnieją w piśmiennictwie, a tem samem i w praktyce, różne zdania i zapatrywania i brak jest dokładnych i jednolitych wskazań. Zdania te przytoczę ogólnikowo. Jedni twierdzą, że wady serca nie dają wskazania do przerwania ciąży (Gusserow, Philips, Ahlfeld, Schlayer) i że przerwanie ciąży nic przynosi korzyści dla chorej nawet w przypadkach wad serca niewyrównanych, bo i tak taka chora jest stracona (Joss), drudzy radzą przerywać ciążę tylko w rozpaczliwych stanach wad serca (Webster, Lwoff), inni przerywają ciążę dopiero wtedy, gdy leczenie wady serca nie odnosi skutku i wszystkie zabiegi lecznicze zawodzą (Leyden, Wright, Freund, Veit, Sellheim, Fromme, Jaschke); niektórzy radzą postępować energicznie przy pewnych rodzajach schorzeń serca, n. p. przy zwężeniu ujścia żylnego lewego oraz przy powikłaniach (Schauta, Fellner, Kautsky). Rozbieżność zdań jest więc znaczna, a zgodność ogólna panuje tylko w dwu zasadniczych wskazaniach, mianowicie, że dobrze wyrównana wada serca u ciężarnej nie potrzebuje interwencji lekarskiej, oraz, że przy grożącem niebezpieczeństwie życia przerwanie ciąży jest wskazane w każdym przypadku.

Prócz nich jednak jest jeszcze szereg innych wskazań, które należy ściślej określić.

Wady serca wikłają ciążę mniej więcej w 1·5—2·5% przypadków (Fromme, Jaschke). Każdy z nas przypadki takie spostrzegał nieraz i wie, że nie zawsze ciąża wywiera niekorzystny wpływ na wadę serca, przeciwnie, że większa część chorych — bo według nowszych statystyk 70—80% — znosi mimo wad serca ciążę i poród zupełnie dobrze, a nawet, co więcej, spostrzega się fakty, że chore z wadami serca zachodzą wielokrotnie w ciążę i przechodzą ją bez poważniejszych następstw. Widzimy stąd, że obecność schorzenia serca nie daje jeszcze wskazania do usunięcia ciąży. Z uwagi jednak na to, że ciąża nakłada już w zwykłych warunkach na zdrowe serce wielkie wymagania i szczególnie zwiększoną pracę (przez wzmożenie ciśnienia krwi, parcia śródbrzusznego, zastoju żylnego w jamie brzusznej, oraz utrudnienie oddychania piersiowego), a zwłaszcza przy porodzie (przez gwałtowne nieraz wahania ciśnienia w następstwie pracy fizycznej oraz wielu innych czynników natury psychicznej, nerwowej i toksycznej), i że chore serce, nawet chwilowo sprawnie działające, wymaganiom tym może nie podołać, tak iż nigdy nie możemy być pewni, czy serce chore przetrzyma ciążę, a zwłaszcza poród, czy też w ostatniej chwili może ulegnie niedomodze, — sądzę, że każda ciężarna z wadą serca, nawet wyrównaną, powinna być w stałej obserwacji i opiece lekarskiej, a przedewszystkiem poród powinien odbywać się pod ścisłym nadzorem lekarza. To uważam za równie ważną zasadę w postępowaniu naszem, jak inne wskazania.

W nierównie mniejszym odsetku przypadków ulega wada serca w przebiegu ciąży zaburzeniom wyrównania; objawy niewyrównania mogą dosięgać szczególnie w czasie porodu tak znacznego stopnia, że wywołują nawet zejście śmiertelne. Otóż to są te przypadki ciężkie, czasem rozpaczliwe, znane nam wszystkim dobrze z praktyki, przy których lekarz niejedną noc nie przespał, nerwów sobie nadszarpał, nawet strachu się najadł, jak znów z drugiej strony doznał wielkiego zadowolenia, gdy, pokonawszy wszelkie trudności, zdołał doprowadzić ciążę do końca i przeprowadzić poród szczęśliwie dla chorej i dla dziecka. Są to te przypadki, w których lekarz całą swą wiedzą i doświadczeniem rozstrzygać musi, czy trzeba przerywać ciążę czy nie trzeba, czy można raczej czekać lub też kiedy należy przystąpić do zabiegu, jednem słowem, gdzie lekarz dobrze rozważyć musi, czy może dać gwarancję za następstwa złe lub dobre.

Otóż w ocenie tych przypadków istnieje ta rozbieżność zdań w piśmiennictwie i w praktyce, o której wspomniałem wyżej, a której przyczyna leży w niepewności prognostycznej poszczególnego przypadku. Każdy przypadek musimy więc oceniać ze stanowiska rokowania; rokowanie zaś ułatwi nam znajomość następujących spostrzeżeń i faktów, na które musimy zwracać pilną uwagę.

Ogromne znaczenie ma zachowanie się i stan mięśnia sercowego u chorej ciężarnej; bo wiadomo, że chory mięsień sercowy w ciąży łatwiej ulega porażeniu i że przy schorzeniu mięśnia sercowego występują w ciąży najłatwiej zaburzenia, które najczęściej wiodą do śmierci ciężarnej.

Równie, a może bardziej niebezpieczne są w ciąży wszelkie zapalenia wsierdzia tak świeże, jak i nawracające. Te wiodą najczęściej do zaburzeń wyrównania wad serca, a rokowanie przy nich jest bardzo złe.

Niemiarowości tętna u ciężarnych oceniać trzeba zależnie od ich natury i pochodzenia; niemiarowości lżejsze przy dobrze sprawnym mięśniu sercowym nie mają znaczenia; niemiarowości natomiast, będące wyrazem zmian anatomicznych w układzie przedsionkowo-komorowym lub następstwem schorzeń mięśnia sercowego lub zastawek, są zawsze ciężkie i należy je bardzo poważnie oceniać.

Rodzaj wady serca ma znaczenie prognostyczne o tyle, że najczęściej wady zastawki dwudzielnej, i to zwłaszcza zwężenia ujścia żylnego lewego, skłonne są do zaburzeń w wyrównaniu w czasie ciąży. Według Kautskyego prawie wyłącznie przypadki ze zwężeniem ujścia żylnego lewego ulegają dekompenzacji w ciąży (w 7/8 przyp. ciąży zawsze, a w 70% przyp. już przed 7. miesiącem ciąży). Zauważyć jednak trzeba, że mimo tej skłonności do zaburzeń wyrównania przy tej wadzie nie zawsze dochodzi do złych następstw dla chorej w większym stopniu niż w innych wadach tak, że na ogół rodzaj wady serca, powiedzieć można, nie ma poważniejszego znaczenia dla krążenia w przebiegu ciąży.

Dalej schorzenia innych narządów, istniejące u ciężarnej z wadą serca lub powstające jako powikłania dopiero w czasie ciąży, bywają przyczyną ciężkich i śmiertelnych zaburzeń krążenia przy wadach serca. Z tych schorzeń najważniejsze są choroby płuc (zapalenia, gruźlica i t. p.) oraz choroby nerek (zapalenia). Według statystyki Frommego w przypadkach wad serca u ciężarnych zapalenia nerek ostre i przewlekłe były w 29·4% przyczyną śmierci, a choroby płuc w 6·8%. Widzimy z tego, że powikłania te są poważnym czynnikiem pogarszającym rokowanie.

Ważnem też jest dla rokowania stwierdzenie, jak zachowywało się serce ciężarnej przed zastąpieniem w ciążę. Zwykle dowiadujemy się, że chore odczuwały już dawniej dolegliwości sercowe, co każe nam tem ostrożniej rokować wobec niepewnej sprawności serca.

Wreszcie na rokowanie wpływa w znacznym stopniu ilość przebytych ciąży w czasie trwania wady serca u danej chorej. Tu spostrzegamy, że o ile chore pierwsze ciąże mogą przejść prawidłowo, o tyle w miarę powtarzania się ciąży, późniejsze znoszą coraz trudniej, a serce ich ulega coraz łatwiej niedomodze.

Jakież więc będzie nasze postępowanie w przypadkach wad serca niewyrównanych u ciężarnych? Otóż pierwszem naszem zadaniem będzie po dokładnem zbadaniu i ocenieniu rodzaju wady, jej rozmiarów, czasu trwania, dolegliwości podmiotowych oraz objawów niewyrównania, starać się usunąć objawy niewyrównania i poprawić stan mięśnia sercowego, czyli musimy poddać chore leczeniu internistycznemu. Zasadą więc będzie każdy przypadek wady serca niewyrównanej u ciężarnej leczyć internistycznie, zanim przystąpimy do przerwania ciąży. W tem zgadza się większość autorów. I rzeczywiście niejednokrotnie powiedzie nam się przez energiczne odpowiednie leczenie (leżenie w łóżku, usunięcie wszelkich szkodliwych wpływów fizycznych i psychicznych, podanie leków — naparstnica i t. p.) usunąć zaburzenia wyrównania i wzmocnić siłę i pracę serca. Niekiedy następuje znaczna lub zupełna poprawa nawet już po krótkim czasie. W ten sposób unikniemy przerwania ciąży. Znaczenie leczenia internistycznego jest ogromne z kilku powodów. Najpierw leczenie to da nam wskazówki co do sprawności serca. Powtóre leczeniem możemy serce tak poprawić, że chora przetrzyma ciążę, odbędzie poród gładko i urodzi potomka żywego i zdrowego; czyli w tych przypadkach, dających, zdawałoby się, złe rokowanie, przerywanie ciąży okaże się zbytecznem. Wreszcie w innych przypadkach, choćbyśmy nawet mimo leczenia byli zmuszeni przerwać ciążę, to przecież w pewnym stopniu leczeniem sprawiamy, że serce zniesie poród przedwczesny bez większej szkody. Niestety w pewnych przypadkach nie wskóramy leczeniem nic; natrafimy bowiem na takie przypadki niepodatne i oporne leczeniu, w których mimo wszelkie nasze starania zaburzeń wyrównania nie usuniemy, albo takie, w których po

chwilowem wyrównaniu wady w krótkim czasie objawy niewyrównania wracają i nie dają się wcale lub z wielką trudnością usunąć. W tych razach nie pozostanie nam nic innego, jak przystąpić do przerwania ciąży.

Kiedyż więc u ciężarnej chorej na serce wolno nam będzie, a kiedy będziemy musieli przerwać ciążę? Odpowiedź na to pytanie jest czasem bardzo łatwa, a czasem znów bardzo trudna. Łatwa jest we wszystkich przypadkach wad serca dobrze wyrównanych, niczem nie powikłanych; w tych razach ciąża może być donoszona do końca i poród odbędzie się prawidłowo tak, że do usuwania ciąży nie mamy powodu. Warunkiem jednak jest, by chore takie pozostawały pod kontrolą lekarską, gdyż, jak wspomniałem, o niespodzianki nie trudno. Tu przypomnę jeszcze, że nawet zwężenie ujścia żylnego lewego, którego rokowanie ma być gorsze, niż innej wady, nie budzi obaw, o ile jest dobrze wyrównane. Również łatwą będzie nasza decyzja w przypadkach ciężkich, w których zachodzi niebezpieczeństwo utraty życia, a więc w przypadkach, w których osłabienie serca jest znaczne, gdzie grozi obrzęk płuc, gdzie objawy niedomogi są daleko posunięte (obrzęki w jamach surowiczych i w tkance podskórnej i t. p.); wtedy czekać nie będziemy, lecz możliwie szybko przystąpimy do przerwania ciąży, przyczem powinniśmy starania nasze wytężyć w tym kierunku, by serce jaknajłatwiej zniosło przerwanie ciąży, czyli serce to starać się, o ile to jest możliwe i czas pozwala, wzmocnić środkami sercowemi.

Trudniej rozstrzygnąć sprawę przerwania ciąży we wszystkich innych przypadkach, t. j. w takich, w których istnieją zaburzenia wyrównania mniej lub więcej ciężkie, lecz niema chwilowo żadnego niebezpieczeństwa. Otóż w tych przypadkach postępować będziemy różnie, a kierować się będziemy rokowaniem, jakie doświadczeniem naszem wysnujemy z poszczególnego przypadku. Rozstrzygać będzie nasza wiedza, doświadczenie praktyczne i intuicja lekarska.

A więc w przypadkach, w których objawy niewyrównania nie są zbyt ciężkie, spróbujemy przedewszystkiem leczenia internistycznego i będziemy czekać. I często leczeniem tem usuniemy zaburzenia wyrównania oraz poprawimy sprawność serca do tego stopnia, iż spokojnie możemy czekać do porodu. Jeśli nie zdołamy uzyskać wyrównania wady serca, gdy przeciwnie wystąpi nawet mimo leczenia pogorszenie, wtedy oczywiście przystąpimy do przerwania ciąży. Podobnie postąpimy wtedy, gdy w jakiś czas po pierwszem usunięciu objawów niewyrównania objawy te wystąpią ponownie, t. zn zastosujemy ponownie leczenie internistyczne, by przecież uniknąć przerywania ciąży; gdy jednakże i tym razem nie osiągniemy pożądanego skutku, wtedy pomyślimy o przerwaniu ciąży.

Natomiast w innych przypadkach, a mianowicie u chorych z zapaleniem wsierdzia, czekać nie będziemy, lecz po ustaleniu rozpoznania, nie tracąc czasu, zarządzimy przerwanie ciąży; również i u chorych ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego, zwłaszcza z objawami zaburzeń w przewodnictwie, nie będziemy zwlekać z przerwaniem ciąży. Wiemy bowiem, że te przypadki przebiegają bardzo ciężko, dają rokowanie bardzo niepomyślne, tak że wyczekiwanie w tych razach może chorej przynieść raczej szkodę, niż pożytek.

Nieco trudniej przedstawia się zakreślenie wskazań w przypadkach wad serca, powikłanych innemi chorobami, w szczególności schorzeniami nerek i płuc, tak ostremi, jak i przewlekłemi. W tych przypadkach postępowanie nasze musi być indywidualne i ostrożne zarazem, zależnie od stanu serca oraz stopnia i rodzaju schorzenia wikłającego; pamiętać musimy, że schorzenia te pogarszają rokowanie, jakoteż same przez się dają wskazanie do przerwania ciąży (n. p. przewlekłe zapalenie nerek lub gruźlica płuc). O ile więc w przypadkach podobnych nie zajdzie z powodu schorzeń wikłających samych konieczność niezwłocznego przerwania ciąży, to przy braku znaczniejszych zaburzeń ze strony serca, oraz przy dobrej sprawności serca będziemy się starać, zwłaszcza w ostrych powikłaniach (n. p. ostre zapalenie nerek, zapalenia płuc) chore takie leczyć i powikłania usunąć. Gdy jednakże zaburzenia wyrównania są wyraźne lub zwiększają się, wtedy musimy przerwać ciążę. Wogóle w tych przypadkach rozstrzygać będzie przedewszystkiem stan serca oraz jego sprawność.

Przy postanawianiu przerwania ciąży musimy mieć na oku zawsze korzyść, jaką mamy osiągnąć dla chorej przez przerwanie ciąży. Korzyść zaś ta jest inna, zależnie od tego, czy wykonujemy sztuczne poronienie, czy też sztuczny poród przedwczesny. I choć tak przy jednym, jak i drugim zabiegu wynik korzystny zależeć będzie głównie od tego, czy serce ma na tyle siły, by dostosować się do warunków zmienionych przez usunięcie płodu, to jednak w innych warunkach, łatwiejszych, odbywa się sztuczne poronienie, a w innych, nieporównanie cięższych, sztuczny poród przedwczesny. Przy sztucznem poronieniu odpadają czynniki takie, jak zabieg operacyjny, narkoza, bóle porodowe oraz silne wahania ciśnienia, spowodowane nagłem opróżnieniem macicy, czynniki, tak niebezpieczne dla chorego serca. Natomiast przy sztucznym porodzie przedwczesnym, który jest właściwie zabiegiem operacyjnym, czynniki powyższe istnieją, a skutki ich mogą być równie groźne, jak przy porodzie normalnym. Stąd też chore nawet z objawami znacznego niewyrównania znoszą przerwanie ciąży zapomocą sztucznego poronienia bardzo dobrze, natomiast przy sztucznym porodzie przedwczesnym wynik zawsze jest wątpliwy i nigdy nie można ręczyć za jego skutek.

Wobec tego musimy odpowiedzieć na pytanie, k i e d y n a l e ż y w z n i e c a ć s z t u c z n e p o r o n i e n i e, a k i e d y m o ż n a l u b t r z e b a c z e k a ć a ż d o w y k o n a n i a p o r o d u p r z e d w c z e s n e g o? Odpowiedź na to pytanie zależeć będzie od następujących warunków: przedewszystkiem od stanu serca i rozmiarów objawów niewyrównania, którymi zawsze, nietylko przy tem pytaniu, lecz i przy innych wskazaniach, kierować się będziemy; dalej od tego, w jakim okresie ciąży wystąpiły objawy niewyrównania lub niedomogi serca; wreszcie od tego, czy płód jest zdolny do życia, czy nie, lub też, co się nierzadko przytrafia, czy chcemy się upierać (n. p. na życzenie rodziny) przy urodzeniu żywego, zdolnego do życia dziecka. Zadanie nasze będzie łatwiejsze, gdy mamy ciążę przerwać w okresie, w którym płód jest do życia zdolny, trudniejsze zaś, gdy wobec choroby serca nie będziemy mogli zapewnić, że dziecko urodzi się zdrowe. W każdym razie w interesie życia płodu będziemy czekać z przerwaniem ciąży tylko pod warunkiem, że przez to czekanie nie wyrządzimy szkody matce; bo n. p. w razie grożącego matce niebezpieczeństwa życia nie będziemy zważać na płód (dziecko), lecz na matkę.

W innych przypadkach, zwłaszcza gdy idzie o pierwiastki lub gdy zależy nam bardzo na urodzeniu dziecka żywego i zdolnego do życia, spieszyć się nie będziemy i nieraz uda się nam to osiągnąć mimo dość ciężkiego niewyrównania wady serca. Natomiast przy ciężkich zaburzeniach sercowych, które wcześnie w ciąży wystąpiły i mimo leczenia nie ustępują, przerwiemy ciążę bez względu na dziecko i w każdym czasie; podobnie postąpimy i w tych przypadkach, w których musielibyśmy długo czekać na zdolność płodu do życia. Pamiętać przytem zawsze trzeba, że sztuczny poród przedwczesny, choćby przeprowadzony w sposób jak najbardziej oszczędzający chorą, przynosi przecież pewne niebezpieczeństwa ze sobą. Na szczęście przypadki wad serca u ciężarnych rzadko są ciężkie lub rozpaczliwe, w większości przypadków, jakie dostają się w nasze ręce, zawsze mamy czas na odczekanie, leczenie i postanowienie właściwego zabiegu.

Poronienie sztuczne wchodziłoby w rachubę jeszcze w jednej kategorji przypadków, mianowicie u tych chorych ciężarnych, u których w poprzednich ciążach występowały objawy niewyrównania wady serca. Chodziłoby w tych razach o przerwanie ciąży ze względów zapobiegawczych. Zachodzi więc pytanie, czy u takich chorych możemy ryzykować ciążę, czy mamy je narażać na ponowne, w skutkach swych niebezpieczne następstwa, jakie przynosi ciąża za sobą w przebiegu wady, czy choroby serca. Co się tyczy tego pytania, to zdawać musimy sobie sprawę z tego, że, jakkolwiek z jednej strony zaburzenia sercowe w miarę powtarzania się ciąży występują z coraz większem natężeniem i stają się coraz niebezpieczniejsze, to jednak nie jest to regułą i zdarza się, że i powtarzające się ciąże, mimo wady serca dotrwać mogą do prawidłowego porodu bez poważniejszych następstw. W tych przypadkach przy braku zaburzeń, a tylko dla samej obawy przed mogącemi grozić niebezpieczeństwami, ciąży przerywać nie będziemy. Natomiast, jak większość autorów żąda, wskazanie do przerwania ciąży ze względów zapobiegawczych będzie uzasadnione tylko u tych chorych, które nie mogą pozostawać w stałej obserwacji i kontroli lekarskiej, ani też z różnych powodów nie mogą szanować swego zdrowia. Zresztą powiedziałbym, że w tej kategorji przypadków można być mniej lub więcej liberalnym, opierając się na własnem doświadczeniu, które uczy nas właściwego postępowania. Kto widział ciężkie lub nawet śmiertelne pogorszenia choroby serca, wywołane porodem u chorych, u których w odpowiednim czasie nie przerwano ciąży, ten okaże się liberalniejszym w swych wskazaniach zapobiegawczych.

Na podstawie tego, co omówiłem, ujmuję wskazania do przerwania ciąży u chorych sercowych w następujące punkta:

1. Nie każde schorzenie serca daje wskazanie do przerwania ciąży.

2. W przypadkach wad serca wyrównanych przerywać ciąży nie potrzeba, gdyż chore z takiemi wadami znoszą zazwyczaj dobrze ciążę, poród i połóg.

3. Przerwanie ciąży wchodzi w rachubę dopiero w przypadkach wad niewyrównanych lub nie dających się wyrównać.

4. Natychmiastowe przerwanie ciąży wskazane jest tylko przy grożącem niebezpieczeństwie utraty życia.

5. W innych przypadkach należy wadę lub schorzenie serca poddać energicznemu leczeniu internistycznemu, by czynność serca doprowadzić do wyrównania. W razie osiągnięcia tego wyrównania, nie wypuszczając chorej z obserwacji lekarskiej, postąpimy jak podano w punkcie 2. Gdy leczenie pozostaje bez skutku lub gdy po chwilowej poprawie wystąpi ponowne niewyrównanie, należy przystąpić do przerwania ciąży.

6. Przy przerywaniu ciąży pamiętać należy, że, jak z jednej strony musimy usilnie się starać, by poród u chorych z wadami serca odbywał się w okresie ile możności zupełnego wyrównania, tak z drugiej strony jest wskazanem, by w niewyrównanych wadach serca wywoływać wcześnie poronienie a nie poród przedwczesny w późnych miesiącach ciąży. Poród bowiem przedwczesny naraża chorą na tesame niebezpieczeństwa, co poród zwykły. W tych razach należy raczej usunąć płód zabiegiem operacyjnym.

7. Rodzaj wady serca nie ma znaczenia dla krążenia w przebiegu ciąży (n. p. uważane za niebezpieczne dla ciężarnych zwężenie ujścia żylnego lewego).

8. Natomiast choroby mięśnia sercowego oraz zapalenia wsierdzia tak świeże, jak i nawracające, są zawsze groźne w ciąży i stanowią bezwzględny powód do szybkiego ile możności przerwania ciąży.

9. U ciężarnych wieloródek z wadą serca, u których w przebiegu poprzedniej ciąży lub przy porodzie występowały notorycznie stwierdzone objawy niedomogi, należy ze względów zapobiegawczych przy następnej ciąży wywołać poronienie sztuczne, nie czekając na pogorszenie stanu serca, zwłaszcza u ciężarnych, u których leczenie, obserwacja lekarska oraz szanowanie swego zdrowia jest niemożliwe.

10. Każda ciężarna z wadą serca powinna być pod stałym nadzorem lekarskim; poród u chorych takich wymaga szczególnej opieki lekarskiej; w końcu zastąpienie w ciążę chorych z wadami serca powinno zależeć od zezwolenia lekarza.

Przyczynek do sprawy kamicy żółciowej

podali **Dr Adolf Edelmann**, kierownik oddziału i **Elżbieta Atlasówna**.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

Wśród przyczyn kamicy żółciowej niemałą rolę odgrywa dur brzuszny. Prątki durowe często osiedlają się w pęcherzyku żółciowym i stają się tam powodem sprawy zapalnej, która w dalszym ciągu wiedzie do kamicy żółciowej. W przypadkach takich osoby, dotknięte tem cierpieniem, długie lata wydzielają w stolcu prątki durowe, są stałymi roznosicielami bakterji, a tem samem źródłem epidemji duru. Prątki durowe mają bowiem korzystne warunki rozwoju w pęcherzyku żółciowym, który jest niejako martwym punktem w układzie dróg żółciowych, punktem, gdzie żółć ulega zastojowi. Według Drigalskiego 3—5% osób, które przebyły dur brzuszny, staje się stałymi roznosicielami bakterji. Lentz znalazł na 4000 badanych osób 10 tygodni po przebyciu duru u 6 osób prątki t. j. 1,5%, Kayser 3%, Brion i Kayser 5%, Klinger 1%, Brückner 2·8%, Frosch 2·47%, Tornet 3·7%. Toteż należy u każdego chorego z kamicą żółciową, który podaje, że przebył dur, zbadać stolec co do prątków Ebertha-Gaffkyego.

W ostatnich pięciu latach przyjęliśmy na oddział 103 chorych cywilnych z kamicą żółciową. W 13 przypadkach podawali chorzy, że przebyli dur brzuszny, a w 6 z nich wykazaliśmy prątki durowe w stolcu. Doświadczenie poucza, że po usunięciu pęcherzyka żółciowego przestają takie osoby być roznosicielami bakterji.

Przypadek, w którym nam się powiodło odkryć roznosicielkę bakterji w 30 lat po przebyciu duru brzusznego, a który oprócz tego klinicznie ciekawym odznacza się przebiegiem, chcemy poniżej opisać.

Antonina E. 56 lat, dziedzicznie nie obciążona, przebyła przed laty 30 dur brzuszny. Przed 22 laty zaczęły się pojawiać bóle w okolicy żołądka, które rozpromieniały się w kierunku prawej łopatki; bóle zjawiały się coraz częściej przedewszystkiem w nocy. Lekarze rozpoznawali »kamienie żółciowe«. Kilkakrotnie miały odejść kamienie. Po jednym z takich napadów miała chora jakiś czas żółtaczkę. W r. 1904 poprawił się jej stan po kuracji w Karlsbadzie, napady ustały. Przed rokiem zaczęły napady znowu występować, a po jednym z nich ukazała się żółtaczka, z którą chora zjawiła się w naszem ambulatorjum i została umieszczona na oddziale wewnętrznym szpitala Franciszka Józefa. Tam napady ustąpiły, żółtaczka znikła. Natomiast wytworzył się, jak podaje chora, ropień w okolicy prawej nerki, z powodu którego dokonano 17 września 1917 r. zabiegu operacyjnego. 28. października 1917 opuściła szpital. 1. maja 1918 została chora przyjęta na nasz oddział, gdyż znowu wystąpiły napady bólów, a od 14 dni ma chora żółtaczkę. Z dalszych wywiadów wynika, że przebyła dwa porody, dwa poronienia, że miesiączka ustała w 42. roku życia, że chora nie używa alkoholu i nie miała chorób wenerycznych.

Badanie chorej dało następujący wynik: Stan odżywienia dobry, żółte zabarwienie skóry i białkówek. Badanie fizyczne płuc wykazuje odgłos opukowy nieco krótszy nad prawym szczytem, zresztą wszędzie jawny, dolne granice płuc ruchome, osłuchiwanie stwierdza szmery pęcherzykowe. Granice serca prawidłowe, tony czyste. Wątroba powiększona, sięga 3 palce poniżej łuku żebrowego, twarda, o powierzchni gładkiej, brzegu ostrym. W okolicy pęcherzyka żółciowego zgrubienie, przy ucisku bolesne. Dalsze oględziny wykazują bliznę w okolicy prawej nerki, sięgającą aż do grzebienia kości biodrowej. Śledziona nie macalna. Ciepłota 38·3°. Mocz ciemny, zawiera barwiki żółciowe, urobilinę i urobilinogen. Stolec nie acholiczny, zawiera urobilinę.

Rozpoznanie w tym przypadku nie było trudne, chodziło o kamicę żółciową i zapalenie pęcherzyka żółciowego. Ze względu na to, że chora przechodziła dur brzuszny, należało pomyśleć, że obie te sprawy powstały na tle zakażenia dróg żółciowych prątkiem durowym. Badanie bakterjologiczne stolca wykazało prątki durowe w znacznej ilości, odczyn Widala dodatni. Pod działaniem kuracji karlsbadzkiej, urotropiny, ciepłych okładów i ścisłej djety poprawił się stan chorej, żółtaczka ustąpiła, ciepłota spadła do poziomu prawidłowego. 26. V. 1918 ponowny napad bólów, rozpromieniających się w kierunku prawej łopatki. Ciepłota 38°, wymioty żółciowe. Badanie bakterjologiczne wymiocin wykazuje prątki durowe. 3. VI. chora bez gorączki, żółtaczka ustąpiła, wątroba przy ucisku bolesna. W historji choroby, którą nam profesor Lotheisen na naszą prośbę dał do dyspozycji, znajduje się następujący opis zabiegu operacyjnego (wykonanego we wrześniu 1917 r., o którym dowiedzieliśmy się z wywiadów). »W uśpieniu eterowem dokonano skośnego nacięcia w okolicy prawej nerki (jak przy nefrektomii). Po przecięciu części miękkich widzi się dolną część nerki, która jest z otoczeniem zrosła, ku dołowi napotyka się na duży ropień, który z nerką nie stoi w związku, a którego punktu wyjścia znaleść nie można. Z jamy ropnia wydziela się bursztynowo-żółtawa ciecz, a wprowadzony palec sięga aż ku miednicy małej«. 10. VI. silny napad bólów, ciepłota 39·2°; następnego dnia t. j. VI. mniejwięcej w środku opisanej blizny wytworzyła się przetoka, przez którą odeszły 4 cholesterynowo-wapniowe kamienie, poczem bóle ustąpiły. Przez przetokę wydobywa się żółć w znacznej ilości, z której przy badaniu bakterjologicznem uzyskaliśmy czystą hodowlę prątka durowego. 30. VI. Od czasu do czasu napady bólów, z przetoki wydziela się ciągle duża ilość żółci. 7. VIII. Ciepłota 38·8, znowu żółtaczka, okolica wątroby bardzo bolesna; chora dostaje błękit metylenowy. 8. VII. Przez przetokę wydziela się żółć podbarwiona błękitem metylenowym. 11. VIII. Ciepłota 37·3°, napadów niema. Wątroba przy ucisku nieco bolesna, światło przetoki zamyka się, ilość wydzielającej się żółci mniejsza. 23. VIII. Przetoka zasklepiła się, żółć nie wydziela się, chora bez gorączki, ogólny stan dobry. 30. VIII. opuściła chora szpital.

W przypadku tedy naszym na tle zakażenia prątkiem rozwinęło się zapalenie pęcherzyka żółciowego i kamica żółciowa z przebiciem pęcherzyka i wytworzył się duży otorbiony ropień w jamie brzusznej, który przebił na zewnątrz w okolicy prawego mięśnia lędźwiowego.

Drugi przez nas spostrzegany przypadek, gdzie nastąpiło przebicie ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego na zewnątrz, przedstawia się następująco.

Ferdynand L., 58 lat, przyjęty 22. czerwca 1914, dziedzicznie nie obciążony, do 53. roku życia zdrów. Przed 5 laty przebył gościec stawowy i leczył się w Piszczanach. Przed rokiem wystąpił napad bólów w prawem podżebrzu, które rozpromie-

miały się ku łopatce, poczem zjawiła się żółtaczka. Wezwany lekarz stwierdził »kamienie żółciowe«. Napad powtórzył się kilkakrotnie, ale z mniejszem nasileniem. Obecnie skarży się chory na nieustanny ból w prawem podżebrzu, ną brak łaknienia. W ciągu ostatnich kilku miesięcy stracił chory dużo na wadze; alkoholu nie używał, nie przechodził chorób wenerycznych.

Stan przedmiotowy następujący: Chory średniego wzrostu, kościec prawidłowy, mięśnie i podściółka tłuszczowa słabo rozwinięte, przytomność całkowita, lekko żółtawe zabarwienie skóry i białkówek. Źrenice oddziaływają na światło i akomodację. Jama ustna i gardło bez zmian. Badanie fizyczne płuc i serca nie wykazuje prócz lekkiego zaostrzenia drugiego tonu nad aortą zmian chorobowych.

Brzuch zapadnięty. W prawem podżebrzu widać przez powłoki brzuszne lekkie wypuklenie, a obmacaniem stwierdza się w tem miejscu zwiększoną oporność, bolesność, zaznaczoną »defense musculaire«, odgłos opukowy stłumiony, który przechodzi w stłumienie wątroby, sięgającej 3 palce poniżej łuku żebrowego. Zresztą brzuch bez zmian, wolnego płynu niema. Stolec prawidłowy, próba gwajakowa dodatnia, mocz bez białka i cukru, nie zawiera barwików żółciowych.

Badanie treści żołądkowej po śniadaniu próbnem wykazuje brak wolnego kwasu solnego, ogólna kwaśność 5, ślady kwasu mlecznego; ciepłota ciała prawidłowa. 25. VI. 1914. 3 palce poniżej łuku żebrowego daje się wyczuć guz wielkości jaja gołębiego, przesuwalny przy oddechu, na ucisk bolesny. — 1. VII. do 9. VII. 1914 bóle w prawem podżebrzu, ciepłota podniesiona 37·5—39°. — 12. VII. Badanie chemiczne stolca nie wykazuje krwi utajonej, stolec przeważnie zaparty, brak łaknienia, utrata na wadze 5 kg, ciepłota prawidłowa. — 1. IX. guz znacznie większy, bolesność nieznaczna, utrata na wadze 10 kg, chory apatyczny, ciepłota ciągle prawidłowa, stolec zaparty. Odczyn Wassermanna ujemny. Zdawało się nie ulegać wątpliwości, że chodzi o nowotwór żołądka lub pęcherzyka żółciowego. Wynik badania treści żołądkowej i stolca przemawiał raczej za nowotworem żołądka. Wezwany chirurg zabiegu operacyjnego dokonać nie chciał, rozpoznając nie nadającego się już do operacji raka żołądka. — 24. IX. biegunka. Badanie mikroskopowe stolca stwierdza niestrawione włókna mięsne, śluz, nieliczne nabłonki i krwinki białe. Utrata na wadze 16½ kg. — 29. IX. biegunka przeszła, chory skarży się na silne bóle w prawem podżebrzu, guz znacznie urósł, przy obmacywaniu bolesność większa. Badanie morfologiczne krwi wykazuje stosunki prawidłowe. — 15. X. W podżebrzu prawem wypuklenie, odpowiadające guzowi wielkości pięści męskiej, guz okazuje chełbotanie, ciepłota ciągle prawidłowa. — 22. X. wykonaliśmy nakłucie i wydobyliśmy zielonawo zabarwiony ropny płyn, w którym przy badaniu mikroskopowem znaleźliśmy krwinki białe w dużej ilości, a przy badaniu chemicznem barwiki żółciowe. — 24. XI. nastąpiło pęknięcie ropnia, wytworzyła się przetoka, z której wydobywa się znaczna ilość ciemno-zielonej ropy. — 20. X. Chory podmiotowo czuje się lepiej, z przetoki ciągle wydobywa się ropa. — 1. II. 1915. Około przetoki wytworzyło się kilka małych ropni, które częściowo przebiły na zewnątrz, częściowo zostały otwarte; powstało kilka przetok, z których wydobywa się ropa o wyżej opisanym charakterze. Stan ogólny chorego znacznie lepszy, nieznaczny przybytek na wadze. — 15. IV. przybrał chory na wadze 5 kg., zaczyna wstawać z łóżka, z przetok wydobywa się jeszcze ciągle ropa. — 18. VI. Chory przybrał na wadze 11 kg., światło przetok zmniejszone, ilość wydzielającej się ropy znacznie mniejsza, — 20. VIII. Chory przybrał na wadze 15½ kg., wstaje z łóżka, ilość wydzielającej się ropy nieznaczna, brzegi przetoki pokryte ziarniną. — 1. X. przetoki zasklepione. — 3. I. 1917. Po 18-miesięcznem leczeniu opuścił szpital, przybrawszy około 25 kg. na wadze.

I w tym przypadku nastąpiło przebicie ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego na zewnątrz.

W trzecim naszym przypadku, którego historją choroby nie rozporządzamy, wytworzyło się kilka przetok w prawem podżebrzu u chorej, która cierpiała od lat na kamicę żółciową. Przetoki te nie miały tendencji do gojenia się tak, że uważane były przez kilku lekarzy za przetoki pochodzenia gruźliczego. Po odejściu trzech kamieni żółciowych nastąpiło zagojenie.

Mieliśmy tedy sposobność spostrzegania trzech przypadków przebicia ropni pęcherzyka żółciowego na zewnątrz przez powłoki brzuszne, co należy do rzadkości. Tak doświadczony klinicysta jak Umber pisze (Mohr-Staehelin: Handbuch der inneren Medizin t. III. str. 120), że nie widział takiego przypadku. Zwykle przebija ropień taki pod prawym łukiem żebrowym, w prawem podbrzuszu lub nawet po stronie lewej, najczęściej jednak w okolicy pępka. Richet tłomaczy przebicie w okolicy pępka tem, że tutaj znajduje się zanikła żyła pępkowa (więzadło obłe — lig. teres), wzdłuż której sprawa zapalna przenosi się na pępek (trajet ombilical). O ile nam wiadomo, nie opisano dotychczas przypadku, w którym to przebicie nastąpiło w okolicy prawego mięśnia lędźwiowego i nie wyhodowano z takiej przetoki prątków durowych, jak w naszym pierwszym przypadku. Courvoisier, który zestawił przypadki opisane, nie wspomina o podobnym.

W drugim przypadku był obraz kliniczny podobny do obrazu nowotworu żołądka. Guz w okolicy żołądka, brak wolnego kwasu solnego, ślady kwasu mlecznego w treści żołądkowej, zjawianie się krwi utajonej w stolcu, wreszcie utrata na wadze i wyniszczenie, bardzo za nowotworem przemawiały tak, że kilku lekarzy istotnie nowotwór rozpoznało. Dopiero, gdy ukazało się chełbotanie i ropień przebił na zewnątrz, a badanie chemiczne ropy wykazało barwiki żółciowe, sprawa stała się jasną.

W różniczkowem rozpoznaniu guzów w prawem podżebrzu należy przeto uwzględnić otorbione ropnie, wychodzące z pęcherzyka żółciowego, zaś przetoki tutaj się znajdujące zbadać, czy nie stoją w związku z drogami żółciowemi.

Studja eksperymentalne i krytyczne nad patogenezą śmierci z oparzenia

podał

Dr Jan Olbrycht.

Z zakładów: patologji ogólnej i eksperymentalnej (Prof. Dr Karol Klecki) i medycyny sądowej (Prof. Dr Leon Wachholz) Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Wstęp.

Wśród licznych zewnętrznych czynników chorobotwórczych może także wysoka ciepłota zależnie od stopnia swego nasilenia i rozległości działania na powierzchnię ustroju sprowadzić jego śmierć. Mówimy wówczas, bez względu, czy zachodzi działanie gorącego ciała stałego, płynu, pary lub gazu, o śmierci z oparzenia. Ponieważ zdarzała się ona od zamierzchłych czasów (od czasu jak ogień istnieje) i zdarza dalej, musiała być i jest nadal przedmiotem zainteresowania, licznych studjów i badań. Obszerne te badania zajęły się w pierwszym rzędzie obrazem klinicznym oparzenia. Stosownie do znanych powszechnie zmian na powłokach przyjęto jeszcze w XVII. wieku podział na trzy stopnie oparzenia, stosownie zaś do objawów, zwłaszcza ze strony układu nerwowego, podobnych do objawów przy wstrząsie z osłupieniem i wstrząsie z podnieceniem (shok stupidus et ereticus) rozróżniono dwie postacie oparzenia, a oba te podziały utrzymały się do dnia dzisiejszego. Dalsze prace tak kliniczne jak eksperymentalne zajęły się zbadaniem związku, jaki zachodzi między rozległością i natężeniem oparzenia a ciężkością obrazu chorobowego i szybkością zejścia śmiertelnego, tudzież poszczególnymi objawami u oparzonych, jak zachowaniem się ciśnienia krwi, tętna, oddychania i ciepłoty ciała, obrazem ilościowym i morfologicznym krwinek czerwonych i białych, sprawą gęstości krwi, toksycznem działaniem surowicy i moczu, zasadowością krwi, zachowaniem się gazów we krwi oparzonych, zmianami w zawartości włóknika w krwi, przemianą materji u oparzonych i wogóle procesami chemicznymi i biologicznymi w ustroju pod wpływem działania wysokiej ciepłoty. Wiadomości nasze, tyczące się sprawy działania czynników termicznych na ustrój, są więc bardzo rozległe. Jeżeli dodamy do tego jeszcze obszerne badania anatomiczne i histologiczne zarówno tkanek i narządów, na które działała bezpośrednio wysoka ciepłota, jak i badania narządów, bezpośrednio nie dotkniętych oparzeniem, badania nad zmianami pośmiertnemi, t. j. zwęgleniem zwłok, nad sprawą leczenia oparzonych, nad paleniem zwłok, nad znaczeniem i oceną przypadków oparzeń ze stanowiska sądowo-lekarskiego i t. d., to zakres naszych wiadomości rozszerzy się jeszcze bardziej. I chociaż musi się przyznać, że badania te wiele rzeczy stwierdziły i wyjaśniły, to jednak do dnia dzisiejszego nie pozwoliły zupełnie ściśle, stanowczo i bez zarzutu określić przyczyny śmierci z oparzenia.

Śmierć z oparzenia, jak wiadomo, rozróżniamy albo jako **pierwotną**, t. j. jako bezpośrednie i wyłączne następstwo działania wysokiej ciepłoty, albo **wtórną**, t. j. zjawiającą się w następstwie schorzenia narządów wewnętrznych, wywołanego pośrednio przez oparzenie, jak np. w następstwie zakażeń przyrannych, zapalenia płuc, nerek, wsierdzia i t. p. Przypadki śmierci

wtórnej nie budzą większego zajęcia, gdyż przyczynę śmiertelnego zejścia można tu z łatwością stwierdzić sekcją. Natomiast trudniejsza i do dzisiaj nierozstrzygnięta jest sprawa przyczyny śmierci w przypadkach pierwotnej śmierci z oparzenia. Śmierć ta może nastąpić albo zaraz, względnie w kilka godzin po oparzeniu i wówczas mówimy o śmierci wczesnej, albo też w kilkanaście godzin a nawet po upływie kilku dni i wówczas mówimy o śmierci późnej. Ponieważ przy śmierci pierwotnej z oparzenia, tak wczesnej, jak późnej, zmiany anatomiczne nie dają nam dostatecznego wyjaśnienia, co jest w tych przypadkach istotną przyczyną śmierci, więc pytanie to oddawna zajmowało badaczy.

Najstarszą teorję, tłómaczącą zejście śmiertelne przy oparzeniach, podał jeszcze w XVII. wieku Fabry van Helden[1]), który sądził, że śmierć ta jest następstwem wstrząsu, wywołanego silnem zadrażnieniem nerwów czuciowych skóry, w następstwie którego nastaje zniesienie najważniejszych czynności życiowych. Teorja wstrząsu była przyjęta ogólnie aż do połowy XIX. wieku. W tym czasie dopiero pierwszy Rust wyraził powątpiewanie, czy można przyjąć wstrząs za przyczynę śmierci w przypadkach śmierci, występującej w dłuższy czas po oparzeniu i sądził, że wstrząs można przyjąć dla przypadków śmierci wczesnej, natomiast za główną przyczynę śmierci późnej z oparzenia należy uważać odpadnięcie ważnej czynności skóry jako narządu wydzielniczego w następstwie zniszczenia znacznych jej obszarów. Także w tym samym mniejwięcej czasie, t. j. w pierwszych dziesiątkach lat ubiegłego stulecia, rozpoczynają się badania anatomo-patologiczne i histologiczne zwłok ludzi i zwierząt oparzonych, obserwacje kliniczne poszczególnych objawów chorobowych, tudzież doświadczalne badania na zwierzętach. Równolegle z odkrywaniem i stwierdzaniem coraz to nowych zmian i objawów powstawały coraz to inne teorje, starające się wyświetlić przyczynę śmierci z oparzenia. Wszystkie one dadzą się włoczyć w trzy grupy. Pierwsza przyjmuje za przyczynę śmierci wstrząs, druga łączy śmierć w związek przyczynowy ze zmianami wywołanemi we krwi, trzecia tłómaczy zejście śmiertelne zatruciem. Nadto istnieją jeszcze teorje kombinowane, przyjmujące wzajemne działanie naraz kilku tych szkodliwych czynników.

Teorje przyjmujące za przyczynę śmierci wstrząs.

Teorje, przyjmujące za przyczynę śmierci przy oparzeniu wstrząs, wznawiano kilkakrotnie i dotąd jeszcze służą one do wytłómaczenia śmierci wczesnej z oparzenia. Właściwie jednak od czasu doświadczeń Falka, Lessera, potwierdzonych przez Salvioliego, Silbermanna, Stockisa, Pfeiffera i innych, powinna była teorja wstrząsu raz na zawsze upaść. Falk oparzał zwierzęta narkotyzowane i przekonał się, że ból nie wywiera żadnego wpływu na występowanie poszczególnych objawów chorobowych. Lesser przecinał zwierzętom przed oparzeniem rdzeń i stwierdzał, że zwierzęta te ginęły wśród tych samych objawów i tak samo szybko, jak zwierzęta oparzone, którym rdzenia nie przecięto. Jedyna różnica polegała na niewystąpieniu przy przeciętym rdzeniu początkowego podniesienia się ciśnienia krwi, czego zresztą jako odruchu po zadrażnieniu przez gorąco nerwów skórnych należało się z góry spodziewać.

Z doświadczeń tych wynika, że obniżanie się stałe ciśnienia krwi u oparzonych nie ma nic wspólnego z bólem i nie polega na odruchowem porażeniu po poprzedniem zadrażnieniu ośrodków nerwowych, jak to przyjmował Sonnenburg w swej hipotezie »odruchowego obniżenia napięcia naczyń«. W nowszych czasach Stockis wznowił w nieco odmiennej postaci teorję wstrząsu. Chociaż przekonał się ponownie w swoich doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach zupełnie znieczulonych lub u których wyłączono miejsce oparzone przez przecięcie nerwu, że połączony z oparzeniem ból nie odgrywa większej roli w występowaniu objawów chorobowych, to jednak przyjmuje on, że u zwierząt tych zostało wprawdzie czucie bolu wyłączone, lecz jest możliwe, że zostało zachowane czucie ciepła, które może być powodem wystąpienia objawów a nawet śmierci w postaci wstrząsu. Słusznie jednak Pfeiffer zauważa, że tłómaczenie to jest dowolne i że nic nie przemawia przeciw przyjęciu, iż u tych zwierząt zarówno czucie bólu jak i ciepła zostało w jednakowej mierze zniesione. Zresztą inne jeszcze względy przemawiają przeciw teorjom wstrząsu, przedewszystkiem już wielokrotnie stwierdzony fakt, że w odpowiednim czasie dokonane wycięcie oparzonego miejsca ocala zwierzę od śmierci i naodwrót przeszczepienie wyciętego oparzonego płatu powłok zwierzęcin zupełnie zdrowemu zabija je wśród objawów, charakterystycznych dla śmierci z oparzenia.

Wreszcie najwymowniej przemawiają przeciwko teorjom wstrząsu wyniki doświadczeń parabiotycznych, dokonanych przez Heydego i Vogta. Jeżeli się połączy ze sobą otrzewnie lub mięśniowo dwa zdrowe zwierzęta i po zagojeniu rany operacyjnej oparzy się jedno z nich, w takim razie ginie także i drugie, nieoparzone zwierzę (nieraz nawet wcześniej, niż zwierzę oparzone) wśród objawów charakterystycznych dla oparzenia, chociaż samo nie było wystawione na działanie gorąca. Tak samo, jeżeli się oparzy śmiertelnie jedno zwierzę i złączy następnie (w 12—48 godzin) w podobny sposób z drugiem zdrowem zwierzęciem, wówczas to drugie zwierzę również ginie wśród tych samych objawów chorobowych. Mamy w tych doświadczeniach parabiotycznych, zwłaszcza drugiem, dowód, że możliwość działania jakichkolwiek nerwowych odruchów jest wykluczona, a zarazem dowód, że teorje, tłómaczące wstrząsem zejście śmiertelne w przypadkach śmierci z oparzenia, nie mogą wytrzymać ścisłej krytyki. Co najwyżej można przyjąć wstrząs za przyczynę śmierci w przypadkach bardzo ostrych, kończących się w kilka minut po oparzeniu śmiercią, np. przy wpadnięciu do kotła z wrzącą wodą, przy dostaniu się w obręb płomieni i t. p. Jednak i w tych przypadkach można w znacznym ich odsetku znaleść inną przyczynę śmierci, np. w nadmiernem podniesieniu się ciepłoty ustrojowej, która znosi przez krzepnięcie protoplazmy życie tkanek, we wdychiwaniu gazów trujących, zwłaszcza tlenku węgla i t. d. Przypadki te jednak nie mają nic wspólnego z właściwą śmiercią z oparzenia.

Teorje przyjmujące za przyczynę śmierci zmiany we krwi.

Liczniejsze od poprzednich są teorje, które przypisują zejście śmiertelne zmianom we krwi, wywołanym przez czynniki cieplne. Jedne z nich (Baraduc, Tappeiner) przyjmują jako przyczynę śmierci oparzonych zagęszczenie krwi, wywołane znaczną utratą osocza krwi z miejsc oparzonych. Według drugich (Sonnenburg i inni) następuje przy oparzeniu przegrzanie płynącej krwi, a tem samem całego ustroju, i ten czynnik — obok już poprzednio omówionego odruchowego zadrażnienia a potem porażenia ośrodków nerwowych — ma wywoływać zejście śmiertelne. Inni badacze sprowadzają śmierć do znacznej utraty krwinek czerwonych, tudzież do upośledzenia ich zdolności wiązania tlenu, w następstwie czego nastaje znaczne, ogólne zmniejszenie się powierzchni oddechowej krwi. Zarazem mogą nawet krwinki nie okazywać pod mikroskopem zmian (t. zw. czynnościowa oligocythemia Lessera). Nadto mają czerwone ciałka krwi ulegać pod wpływem gorąca rozkładowi (hemolizie cieplnej), przyczem uwolniona z nich hemoglobina ma przechodzić w methemoglobinę, wywołując methemoglobinemię, złogi zaś rozpadłych krwinek (według E. Fränkla także złogi hemoglobiny) mają zatykać naczynia nerkowe i wywoływać w ten sposób bezmocz i mocznicę (Schultze, Klebs, Lesser, Ponfik, Wertheim, Brouardel i inni). Wreszcie według niektórych badaczy (Welti, Silbermann, Salvioli) mają powstawać pod wpływem oparzenia zakrzepy w naczyniach w najrozmaitszych narządach, przedewszystkiem w płucach, nerkach, przewodzie pokarmowym, mózgu, których następstwem mają być zmiany w krążeniu, tłumaczące objawy występujące przy oparzeniu, a w razie silniejszego ich natężenia nawet zejście śmiertelne.

Z teoryj wymienionych musi odpaść teorja, przyjmująca wytwarzanie się zakrzepów, ponieważ przy śmierci z oparzenia, jak się o tem przekonano, nie tworzą się zakrzepy i zatory. Opierając się na własnem doświadczeniu na podstawie obdukcyj zwłok oparzonych, dokonanych w ciągu 11 lat w Zakładzie medycyny sądowej U. J., tudzież na podstawie materjału sekcyjnego zwierząt doświadczalnych, przekonałem się, że krew w przypadkach oparzeń, poza miejscem działania wysokiej ciepłoty i jego bezpośredniej okolicy, jest prawie zawsze płynna, co najwyżej stwierdza się wiotkie skrzepy krwi w sercu, zwłaszcza w uszku prawem, i w zatokach żylnych czaszki. W przypadkach śmierci ostrej, bardzo wczesnej, przy znacznej rozległości oparzenia jest krew niekiedy gęsta, mazista. Spostrzeżenia te potwierdzają nowsze badania (Stockis i inni) nad krzepliwością krwi u oparzonych psów, które stwierdziły, że krzepliwość krwi po początkowem i krótko trwającem zwiększeniu się zmniejsza się stale aż do śmierci. Stwierdzane zatem przez niektórych autorów (Klebs, Welti, Silbermann i inni) w ich doświadczeniach zakrzepy należy odnieść do techniki doświadczeń, odbiegającej znacznie od zwykłych warunków, istniejących przy oparzeniu ludzi. Tak np. Klebs,

[1]) De ambustionibus 1607.

Falk, Welti i inni wrzucali zwierzęta do wody o ciepłocie + 45° C i wodę tę następnie dopóty podgrzewali, aż zwierzęta wśród drganek ginęły, co nieraz trwało nawet kilka godzin. Inni, jak Wertheim, oblewali psy terpentyną i podpalali lub, jak Salvioli, przypalali kończyny zwierząt nad palnikiem gazowym aż do ich zwęglenia. W tych razach mogło dojść do wytwarzania się rozległych zakrzepów i zatorów, w przypadkach jednak zwykłych oparzeń u ludzi nie ma warunków do powstania zakrzepów.

Także teorje, przyjmujące uszkodzenie krwinek i następową hemoglobinemię i hemoglobinurję za przyczynę śmierci z oparzenia, nie mogły się utrzymać wobec licznych doświadczeń na zwierzętach i obserwacyj klinicznych. Doświadczenia Tappeinera, Lessera, Pfeiffera i innych wykazały, że pod wpływem oparzenia ciepłota zarówno w skórze, w tkance podskórnej, jak i w powierzchownych warstwach mięśni wzrasta ponad + 70° C stosownie do grubości skóry. Z doświadczeń Schultzego wynika, że ciepłota + 52° C sprowadza już rozpad krwinek. Badania mikroskopowe (Wertheim, Ponfik, Dohrn i inni) wykazały też morfologiczne zmiany we krwi oparzonych (poikilocyty, mikrocyty, szczątki krwinek), a badania surowicy oparzonych (Tappeiner, Wilms, Pfeiffer) dowiodły obecności w niej wolnej hemoglobiny. Jednak ilość ta wynosiła w śmiertelnych przypadkach średnio około 2% całej krwi, a zatem ilość bardzo małą. Uszkodzenie krwinek występuje, jak to zgodnie podnoszą wszyscy autorzy, prawie natychmiast po zadziałaniu szkodliwego gorąca, barwik krwi przechodzi następnie do moczu, w którym daje się wykazać stosownie do rozległości oparzenia przez kilka godzin, a najwyżej przez jeden do dwóch dni. Lecz zmian tych, jak to wynika z licznych klinicznych obserwacyj (Helsted), można także, zwłaszcza w lżejszych przypadkach oparzeń, nie spotkać wcale. Ta hemoglobinemja i hemoglobinurja jest tylko wyłącznem następstwem działania gorąca, a nie jadu, powstałego z krwinek pod wpływem oparzenia, jak to przypuszczali Dieterich i Parascandolo. Jak to bowiem wynika z doświadczeń Pfeiffera, surowica oparzonych ani zaraz po oparzeniu, kiedy zawiera hemoglobinę, ani później, kiedy już jest od niej wolna, nie posiada aglutynujących ani hemolitycznych własności ani względem krwinek tego samego osobnika, ani względem krwinek innych osobników tego gatunku.

Te tak nieznaczne i szybko przemijające uszkodzenia krwinek i hemoliza cieplna dowodzą również, że teorje, starające się wytłumaczyć śmierć z oparzenia upośledzeniem procesu utleniania w ustroju w następstwie utraty krwinek, nie mogły się utrzymać. Wiadomo przecież, że zwierzęta znoszą bez szkody dla życia utratę połowy a nawet i większej ilości krwi. Zatem utrata 2% ilości krwi, jaka nastaje przy oparzeniu, nie może odgrywać większej roli. Co się zaś tyczy czynnościowej oligocythemii Lessera, to jeszcze Hoppe-Seyler wykazał, że krew oparzonych równie chciwie łączy się z tlenem powietrza i zatrzymuje go, jak krew prawidłowa. Z doświadczeń Lessera, wykonanych na zwierzętach, którym wprowadził ciepłomierze pod pachę, do odbytnicy i do prawego serca, wynika, że aczkolwiek w najbliższem otoczeniu miejsca oparzonego następuje znaczniejsze miejscowe podniesienie się ciepłoty (nie przechodzącej atoli granicy dla hemolizy cieplnej), to jednak nie może być mowy o przegrzaniu całej krwi, a tem samem całego ustroju, jak to przypuszczał Sonnenburg.

Pozostawałyby więc z tej grupy jeszcze teorje, przyjmujące za przyczynę śmierci u oparzonych zagęszczenie krwi, wywołane przez znaczną utratę osocza z miejsc oparzonych. Zarówno obserwacje kliniczne (Wilms), jak i liczne i zapomocą różnych metod przeprowadzone badania (Lesser, Tappeiner, Schlesinger, Stockis, Pfeifler i inni) stwierdziły zagęszczenie krwi (prawidłowa gęstość krwi u człowieka D = 1,0535 do 1,061 — u oparzonych dochodzi D = 1,075) i równolegle z tem idące względne zwiększenie się liczby krwinek, zmniejszenie się ilości osocza krwi i zwiększenie zawartości włóknika i części składowych popiołu krwi u oparzonych. Schlesinger zajmował się bliżej zbadaniem przyczyny zagęszczenia krwi, czy jest ono następstwem utraty samej wody, czy też osocza, zatem płynu zawierającego białko, i stwierdził, że przyczyną zagęszczenia krwi jest utrata osocza. Z natury rzeczy największa utrata osocza u osób poparzonych nastaje w przypadkach oparzeń II stopnia (pęcherze oparzelinowe), natomiast przy oparzeniach III stopnia, nawet śmiertelnych, może nie dojść do utraty płynu wskutek utworzenia się strupów lub grubej warstwy obumarłej tkanki, albo też utrata ta może być nieznaczna (Wilms). Także u zwierząt doświadczalnych daje się stwierdzić tylko bardzo nieznaczna utrata osocza (Pfeifler). Zgęszczenie krwi, wynikłe przez utratę osocza, wyrównywa się wedle badań Schlesingera już po 24 godzinach. Autor ten przekonał się, że ludzie zdrowi, u których wywoływał takie samo zagęszczenie krwi zapomocą różnych środków lekarskich, znosili je bez jakichkolwiek objawów chorobowych lub szkody dla zdrowia.

Tak więc wszystkie powyższe teorje nie tłumaczą nam dostatecznie zejścia śmiertelnego przy oparzeniu. Wobec jednak wyników doświadczeń Klebsa, Scholza, Helsteda i innych, nie da się zaprzeczyć, że zmiany we krwi w następstwie działania wysokiej ciepłoty muszą wywierać niewątpliwy wpływ na przebieg obrazu chorobowego. Klebs oparzał królikom uszy wodą o miernej ciepłocie, niewywołującej zakrzepów i przekonał się, że zwierzęta te ginęły, gdy natomiast króliki, którym uszy oparzał tak gorącą wodą, że krew w naczyniach krzepła i krążenie w nich ustawało, pozostawały po odpadnięciu oparzonych uszu przy życiu. Podobne wyniki otrzymał Scholz w swoich doświadczeniach na uszach królików, w których wywoływał niedokrwienie przez wyciśnięcie z nich krwi i następowe zaciśnięcie uszu u ich nasady. Jeżeli teraz uszy te oparzał przez dłuższy czas wodą o ciepłocie + 90° C tak, że do naczyń oparzonych i niedrożnych krew nie mogła się już po zdjęciu zaciskadła dostać, wówczas zwierzęta pozostawały przy życiu w przeciwieństwie do zwierząt kontrolnych bez zniedokrwienia uszu. Helsted wykonał podobne doświadczenia na dolnych kończynach królików z odsłoniętą tętnicą i żyłą udową. Kończynę pozbawiał krwi przez założenie okrężnej uciskającej opaski, naczynia zaciskał i następnie kończynę oparzał. Dla porównania oparzał zwierzęta bez zniedokrwienia kończyny. Wynikiem tych doświadczeń było, że zwierzęta przy oparzeniu kończyny, z której usunięto krew, pozostawały przy życiu w przeciwieństwie do zwierząt kontrolnych, jeżeli je oparzono wodą o ciepłocie + 70° do 90° C, natomiast ginęły, podobnie jak i zwierzęta kontrolne, jeżeli ciepłota wody była niższa (+ 60° do 65° C). Następnie ogrzewał Helsted różne ilości (od 25% do 60%) krwi, wziętej zwierzętom, i wprowadzał je im powtórnie, wówczas ginęły one wśród charakterystycznych objawów. Doświadczeniom tym jednak można zrobić zarzut, że tak wielkie ilości krwi nawet przy śmiertelnych oparzeniach nie ulegają zniszczeniu. Wynosi ona bowiem, jak już o tem była wzmianka, zaledwie około 2% ogólnej masy krwi. Także dawniejsze doświadczenia Spieglera przemawiają przeciw przyjęciu, iżby zmiany we krwi były przyczyną śmierci. Autor ten wypuścił psu $^1/_5$ krwi, ogrzał ją po dodaniu cytrynianu sodu i po ochłodzeniu na nowo krew tę wstrzyknął zwierzęciu, które zabieg ten zniosło dobrze.

Na czem może polegać szkodliwy wpływ oparzenia tkanki, przez którą przepływa krew, trudno stanowczo powiedzieć. W każdym razie nie można przyjąć bezpośredniego uszkodzenia krwinek z następowem upośledzeniem utlenienia w ustroju, lecz raczej należy przyjąć czynnik przyrody toksycznej. Uprawniają w tym względzie także doświadczenia Popielskiego i jego szkoły, które wykazały, że przy uszkodzeniu krwinek wogóle, zatem przy hemolizie, wywołanej przez ciepło, przez dodatek wody lub nawet przez samo mechaniczne wstrząsanie zawiesiny krwinek, wytwarza się trujące ciało, nazwane przez niego wazodylatyną, którego działanie objawia się obniżeniem ciśnienia krwi i ciepłoty ciała, zmniejszeniem krzepliwości krwi i t. p. objawami, podobnemi jak przy oparzeniu. Pfeiffer, który tłumaczy śmierć z oparzenia zatruciem ustroju produktami rozkładu białka, wyjaśnia powyższe doświadczenia w myśl swojej teorji w ten sposób, że przy oparzeniu tkanek nie zniedokrwionych, przez które zatem podczas działania wysokiej ciepłoty przepływa krew (ciepłota nie może przekroczyć granic, wywołujących ustanie krążenia) ulega uszkodzeniu o wiele większa ilość białka (białko tkanki oparzonej + krwinki + osocze), aniżeli przy oparzeniu tkanek pozbawionych krwi (białko samej tylko tkanki oparzonej). Ta większa ilość zniszczonego przez wysoką ciepłotę białka dostaje się do krążenia i ulegając zaczynowemu rozkładowi na trujące produkty rozkładu białka (w rodzaju peptonów) musi wywołać cięższy, a przy pewnem natężeniu i rozległości oparzenia nawet śmiertelny przebieg choroby.

Tak więc pod wpływem oparzenia powstają rzeczywiście zmiany we krwi w postaci uszkodzenia krwinek, hemolizy cieplnej i zagęszczenia krwi przez utratę osocza. Zmiany te są jednak nieznaczne i szybko znikają, a zatem zmianom tym nie można przypisywać roli rozstrzygającego, a tem mniej wyłącznego czynnika szkodliwego w patogenezie śmierci z oparzenia. Nie nadają się zwłaszcza wszystkie teorje z tej grupy do wytłumaczenia przyczyny zejścia śmiertelnego w przypadkach śmierci późno występującej, gdy już zmiany we krwi dawno ustąpiły. Z drugiej atoli strony nie da się zaprzeczyć, wobec wyników doświadczeń Klebsa, Scholza, Helsteda i innych, że oparzenie tkanek zawierających krew pociąga za sobą o wiele groźniejsze następstwa i objawy chorobowe, aniżeli gdy oparzamy tkanki, z których krew poprzód wydalono.

Teorje intoksykacyjne.

Trzecią grupę teoryj, tłómaczących przyczynę śmierci z oparzenia, stanowią teorje intoksykacyjne. Z początku sądzono, że skutkiem zniszczenia przez oparzenie znacznych obszarów powłok skórnych odpada ważna czynność perspiracyjna skóry, w następstwie czego nagromadzają się w ustroju jady, które wreszcie sprowadzają śmierć. Była to tak zwana teorja retencyjna Edenbnizena, który powlekał rozmaite zwierzęta nieprzenikliwemi substancjami i przekonał się, że ginęły one wśród objawów zatrucia jak: spadek ciśnienia krwi, zwolnienie oddychania, drgawki i t. p. Teorję retencyjną mimo tak poważnych jej zwolenników, jak Billroth, obaliły wkrótce wyniki kontrolnych doświadczeń Falka, Kühnego, Senatora (doświadczenia na ludziach) i innych. Jeszcze cięższy cios zadały jej doświadczenia Wertheima, który przekonał się, że przez wczesne wycięcie spalonych miejsc w powłokach udaje się zwierzęta utrzymać przy życiu. Także późniejsze badania Ajelloa i Parascandola, Weidenfelda i Zumbuscha oraz Heydego i Vogta potwierdziły wyniki doświadczeń Wertheima i obaliły tem samem teorję retencyjną. Także i tym badaczom udawało się przez wczesne (do 2 godzin według Heydego i Vogta) wycięcie oparzonych części zachować zwierzęta przy życiu. Zwierzęta zaś, których mimo tego zabiegu nie udało się ocalić, ginęły o wiele później od zwierząt, którym nie wycięto części oparzonych. Badacze ci przeszczepiali następnie zdrowym zwierzętom tego samego gatunku wycięte kawałki oparzonych powłok i przekonali się, że zapadały one wśród takich objawów i ginęły, jak gdyby same uległy były oparzeniu. Doświadczenia te przemawiają aż nadto dosadnie za zatruciem, którego dowodzą także wyniki doświadczeń parabiotycznych Heydego i Vogta, o jakich już poprzednio była mowa.

Mimo upadku teorji retencyjnej, objawy spostrzegane u oparzonych jak: stany podniecenia, drgawki, ziewanie, odbijanie, wymioty, majaczenia, gorączka, przyspieszenie tętna i oddychania, wysypka, wzmożenie jadowitości moczu i t. p. przy braku (poza zwyrodnieniem narządów miąższowych) jakichkolwiek zmian anatomicznych w zwłokach oparzonych, kazały badaczom oddawna przypuszczać, że pod wpływem zadziałania na ustrój wysokiej ciepłoty wytwarza się jad, który wywołuje te objawy zatrucia a nawet śmierć. Sposoby, któremi starano się wykryć ten jad, były różne. I tak próbowano wyosobnić zapomocą chemicznej analizy jad z miejsc oparzonych lub z wydalin oparzonego, albo otrzymać go przez ogrzewanie różnych ciał białkowych, albo wykryć w krwi lub w wydalinach (głównie w moczu) osób oparzonych ciała, nieznajdujące się tam normalnie, względnie przekonać się, czy nie powstaje u nich nadmierne zwiększenie się ilości ciał trujących, znajdujących się u zdrowego człowieka w ilości niezmiernie małej, albo wreszcie wyjaśnić sprawę jadu na drodze parabiozy.

Catiano pierwszy wyraził przypuszczenie, że jad tworzy się w miejscu oparzenia i uważał za ten jad kwas pruski. Foà utożsamiał jad ten z fibrinogenem, który ma się wytwarzać pod wpływem wysokiej ciepłoty we krwi. Schjerning sądził, że przy oparzeniu nastaje zniszczenie krwinek i uwolnienie się soli potasowych, które sprowadzają zatrucie ustroju. Gdyby tak było, to uwolnienie się tych soli powinno się odbywać przedewszystkiem w pierwszych godzinach, a mianowicie w czasie hemolizy cieplnej. Tymczasem doświadczenia Pfeiffera, tudzież Heydego i Vogta, przeprowadzone w tym kierunku, zaprzeczyły temu przypuszczeniu. Zresztą śmierć po otruciu solami potasu występuje pod innym obrazem, niż po oparzeniu. Reiss przekonał się, że jadowitość moczu zwiększa się wybitnie u oparzonych i już 1 cm^3 ich moczu zabija mysz, podczas gdy tę samą ilość moczu osobnika nieoparzonego znoszą myszy dobrze. Reiss, opierając się na swoich doświadczeniach z ogrzewaniem ciał białkowych, tłómaczy śmierć z oparzenia zatruciem ustroju zasadami pirydynowemi, jakie się tworzą przy oparzeniu tkanek. Wilms stwierdził, iż jadowitość moczu nie jest stała. Natomiast Pfeiffer tudzież Heyde i Vogt wykazali dowodnie zwiększenie się jego jadowitości u oparzonych, chociaż jadowitość ta występuje często bardzo późno. Lustgarten, Kijanizin, Ajello i Parascandolo wyosobnili z narządów lub moczu oparzonych ciała trujące o własnościach i fizjologicznem działaniu, podobnem do działania różnych ptomain. Spieglerowi i Franklowi udało się wykryć ciała trujące, które uważają za pochodne od białka i dające odczyny peptonów.

Weidenfeld próbował przekonać się o miejscu powstawania jadów przy oparzeniu w ten sposób, że zaszywał zwierzętom do jamy otrzewnej ugotowane kawałki skóry i mięśni. Zwierzęta te ginęły wśród typowych objawów oparzenia, natomiast inne, którym w ten sam sposób wprowadzono prawidłowe kawałki skóry, miały znosić ten zabieg dobrze. Doświadczenia kontrolne Pfeiffera, Eijkmanna i Hoogenhuyzea, tudzież Helsteda nie potwierdziły wyników doświadczeń Weidenfelda, natomiast potwierdziły częściowo badania Heydego i Vogta.

Rozpoczęte w pierwszych latach obecnego stulecia badania nad zachowaniem się białka, wprowadzonego parenteralnie, t. j. z ominięciem przewodu pokarmowego, do ustroju, tudzież badania nad nadwrażliwością i zatruciem ciałami pochodnemi od białka rzuciły także nowe światło na zapatrywania na patogenezę śmierci z oparzenia. Doświadczalne badania w tym kierunku wyprzedziły obserwacje kliniczne Wilmsa, Weidenfelda i Zumbuscha. Dokładne ich kliniczne spostrzeżenia poszczególnych objawów chorobowych, a zwłaszcza typowego zachowania się ciepłoty ciała i występowania albumozurji i peptonurji u oparzonych, przemawiały za przypuszczeniem, że objawy te są wynikiem patologicznej białkowej przemiany materji. Szczególowe wyczerpujące doświadczalne badania w tym kierunku wykonał H. Pfeiffer i przekonał się, że wszystkie objawy w obrazie chorobowym oparzenia zupełnie są identyczne z objawami przy wstrząsie anafilaktycznym lub przy zatruciu peptonem. Z dalszych zaś jego badań, dokonanych wspólnie z Mitą, niezależnych i prawie równoczesnych z badaniami Abderhaldena, wynika, że u zwierząt nadwrażliwych występuje zaczyn, rozszczepiający białko użyte jako wywoływacz na trujące produkty rozkładu białka, które wywołują znany obraz chorobowy, zwany ogólnie zatruciem produktami rozkładu białka. Dalsze badania wykazały, że wszędzie tam, gdzie dochodzi do rozkładu w większej ilości białka, zarówno homologicznego, jak heterologicznego, występuje typowy obraz zatrucia produktami rozkładu białka, o ile te produkty zostaną czy to z zewnątrz wprowadzone do ustroju, czy też przez sam ustrój są zatrzymane. Przemawiały za tem wyniki badań nad nadwrażliwością, mocznicą, fotodynamicznem działaniem światła, zatruciem hemolizyną i licznemi ciałami pochodnemi od białka (H. Pfeiffer). We wszystkich tych sprawach chorobowych występowały jednakowe objawy chorobowe, z których przedewszystkiem należy wymienić spadek ciśnienia krwi i ciepłoty ciała, tudzież zmniejszenie się ilości ciałek białych i krzepliwości krwi. Pfeiffer przypuszcza na podstawie swoich doświadczeń nad oparzeniem, że w następstwie działania wysokiej ciepłoty rozkłada się białko, a produkty rozkładu wywołują śmierć przez samozatrucie. Te trujące produkty nie powstają według niego w miejscu oparzenia i nie przedstawiają nic charakterystycznego dla oparzenia, lecz są to ciała pochodne od białka o charakterze peptonów, które znajdują się w minimalnych ilościach już w prawidłowych warunkach. Dopiero w następstwie oparzenia wytwarzają się one nadmiernie tak, że nerki nie mogą już ich wydzielić, i stąd następuje zejście śmiertelne. Pfeiffer przyjmuje zatem przy oparzeniu mocznicę w następstwie niedomogi nerek.

W roku 1913 ogłosił Heyde i Vogt wyniki swoich kilkuletnich badań nad aseptycznym rozkładem tkanek (złamania kości, rozległe zmiażdżenia narządów i tkanek, oparzenia), przy których to badaniach zastosowali także pierwsi metodę parabiotyczną Sauerbrucha-Heydego. Wyniki ich doświadczeń potwierdziły badania dawniejszych autorów (Kapsenberg, Wolff-Eisner), że przy uszkodzeniu tkanek zjawia się w ustroju stan nadwrażliwości, względnie wytwarza się obraz chorobowy podobny, jak przy zatruciu produktami rozkładu białka, i że objawy te okazuje także zwierzę parabiotyczne, połączone ze zwierzęciem uszkodzonem, chociaż samo nie doznało uszkodzenia. Stwierdzono nawet, że zwierzę w parabiozie żyjące ginie wśród typowych objawów prędzej, niż zwierzę uszkodzone, a mocz jego ma wzmożoną jadowitość. Ponieważ u zwierząt żyjących w parabiozie albo u takich, które dopiero po oparzeniu jednego z nich parabiotycznie złączono, odpada czynnik wstrząsu nerwowego lub bezpośredniego uszkodzenia krwi, zatem doświadczenia te przemawiają dosadnie za toksyczną przyrodą przyczyny śmierci z oparzenia. Za tę przyczynę uważają autorzy zatrucie produktami rozkładu białka, tj. zatrucie metylgwanidyną. Ciało to znaleźli w moczu oparzonych w wielkiej ilości, w moczu prawidłowym zaś zaledwie w śladach. U zwierząt ma metylgwanidyna wywoływać te same objawy chorobowe, jak przy wstrząsie anafilaktycznym lub przy oparzeniu; po przebyciu ich zwierzęta mają być odporne na powtórne wstrzyknięcie metylgwanidyny, peptonu Witte i β-imidazolyletylaminy. Heyde i Vogt przyjmują wprawdzie przy oparzeniu zatrucie produktami rozkładu białka, jednak występują przeciwko zapatrywaniu Pfeiffera co do przyjęcia w oparzeniu mocznicy w następstwie niedomogi nerek, ponieważ nie znajdowali u swoich zwierząt zmian w nerkach i zaliczają śmierć późną z oparzenia do grupy prawdziwych spraw anafilaktycznych. Przy oparzeniu następuje mianowicie uczulenie ustroju przez

wessane z miejsc oparzonych białko, a ustrój uczulony oddziaływa na dalsze wessanie białka wstrząsem anafilaktycznym.

Jakież zająć stanowisko wobec teoryj intoksykacyjnych? Zdaniem mojem cały szereg objawów klinicznych, stwierdzonych u oparzonych, jadowitość ich surowicy i moczu, wyniki doświadczeń z wycinaniem i przeszczepianiem miejsc oparzonych, wreszcie wyniki doświadczeń przy zastosowaniu parabiozy, przemawiają aż nadto dowodnie za tem, że śmierć z oparzenia należy uważać za następstwo zatrucia ustroju. Trudniej jest natomiast określić na podstawie dotychczasowych badań czynnik wywołujący to zatrucie, sam jad i miejsce jego wytwarzania się. Dawniejsze badania, opierające się na wyciąganiu trujących substancyj z rozmaitych tkanek i narządów u oparzonych, nie mogą się ostać wobec nowych w tym kierunku doświadczeń, z których wynika, że także z narządów zdrowych osobników można przy tem samem postępowaniu otrzymać trujące substancje o zupełnie podobnem działaniu. Jednak badania Pfeiffera, tudzież Heydego i Vogta, zaliczające oparzenie do grupy zatruć produktami rozkładu białka, opierają się na tylu przekonywających i stwierdzonych faktach, że ze wszystkich dotychczasowych teoryj intoksykacyjnych najbardziej przemawiają do przekonania. Już same objawy zatrucia produktami rozkładu białka zgadzają się zupełnie z objawami chorobowemi przy oparzeniu. I tak obniżenie ciśnienia krwi, które jest zjawiskiem stałem, bez względu na to, czy drogi nerwowe są zachowane lub przecięte, bez względu zatem czy istnieje możliwość wstrząsu nerwowego czy nie, tłómaczyłoby się w bardzo prosty sposób, podobnie jak przy wstrząsie anafilaktycznym, obwodowem działaniem produktów rozkładu białka. To samo odnosi się do zachowania się ciepłoty ciała, która przy lekkich oparzeniach objawia się stanem gorączkowym, przy rozległych i ciężkich znacznym spadkiem ciepłoty ciała. Jak bowiem z prac Krehla i Mathesa, tudzież Pfeiffera wiadomo, wielkie ilości produktów rozkładowych białka wywołują spadek ciepłoty, zaś małe ich ilości wywołują gorączkę. Podobnie jednakowo przy oparzeniu i przy zatruciach produktami rozkładowemi białka zachowają się leukocytoza, krzepliwość krwi i cała przemiana materji. W przypadkach bardzo ciężkich oparzeń istnieje odrazu leukopenia, która utrzymuje się aż do śmierci, w przypadkach lżejszych oparzeń, kończących się jednak śmiercią, pojawia się naprzód wzmożona leukocytoza, potem leukopenia. Krzepliwość krwi po przemijającem jej wzmożeniu się zmniejsza się następnie stale aż do śmierci (Stockis, Pfeiffer). Żadna z teoryj nie wyjaśnia tak dobrze faktu, dlaczego przy oparzeniu tkanek zniedokrwionych obraz chorobowy jest łagodniejszy, niż przy oparzeniu tkanek, przez które krew przepływa. W pierwszym bowiem razie ulega zniszczeniu tylko białko samej oparzonej tkanki, w drugim zaś razie ginie także białko krwinek i osocza, które nadto odrazu dostaje się do obiegu krwi i ulega rozkładowi na trujące ciała. Z tych samych przyczyn jest także zrozumiałe, dlaczego przy rozleglejszem oparzeniu, przy którem większa ilość białka ulega zniszczeniu i następowemu rozkładowi, obraz chorobowy jest cięższy i śmierć musi wcześniej nastąpić. Z drugiej znowu strony jest zrozumiałe, dlaczego nawet bardzo silne oparzenie n. p. zwęglenie kończyny, może wywołać mniej szkodliwe następstwa, niż lżejsze oparzenie (które jednak musi także wywołać martwicę tkanki). W pierwszym bowiem przypadku może obumarła kończyna odpaść, zaś wskutek zakrzepów, powstałych w naczyniach pod działaniem bardzo wysokiej ciepłoty, jest ona jakby odłączona od reszty ustroju, tak że obumarłe masy białka nie mogą się dostać do ogólnego obiegu krwi. Natomiast w drugim przypadku następuje wessanie obumarłych mas białka na szerokiej przestrzeni. Wreszcie doświadczenia z wycinaniem i przeszczepianiem oparzonych tkanek, tudzież doświadczenia parabiotyczne tłómaczą się łatwo zapomocą tej teorji. Jeżeli się bowiem wytnie wcześnie oparzone miejsca, zwierzę żyje dlatego, ponieważ usuwa się obumarłe masy białka, z których powstają produkty trujące. Jeżeli zaś dopiero po dłuższym czasie wytniemy oparzone części, zwierzę ginie, ponieważ w tym czasie albo wytworzyły się produkty rozkładu białka w ilości wystarczającej do wywołania śmierci, albo też mogły już w tym czasie uledz resorbcji w większej ilości same substancje wprawdzie niejadowite, lecz stanowiące materjał, z którego dopiero później jady się tworzą i zabijają ustrój. To samo tłómaczenie można odnieść do doświadczeń parabiotycznych. Zwierzę nieoparzone, żyjące jednak w parabiozie z oparzonem, ginie wśród tych samych objawów i okazuje wzmożoną jadowitość moczu jak zwierzę oparzone, ponieważ substancje trujące przedostają się drogą naczyń także do zwierzęcia nieoparzonego i wywołują u niego ten sam skutek.

O ile więc na podstawie przytoczonych faktów przyjęcie zatrucia jako przyczyny śmierci po oparzeniu jest uzasadnione, o tyle trudno odnieść ją za Pfeifferem do mocznicy wskutek niedomogi nerek, albowiem, jak to słusznie podkreślają Heyde i Vogt, a także własne moje doświadczenie poucza, nie spotyka się żadnych zmian w nerkach w przypadkach pierwotnej śmierci poza ich zwyrodnieniem miąższowem. Czy jednak można oparzenie w myśl wywodów Heydego i Vogta zaliczyć do zjawisk właściwej anafilaksji, jest jeszcze wątpliwe. Wątpliwość ta odnosi się szczególnie do przypadków, w których śmierć następuje stosunkowo wcześnie po oparzeniu, kiedy zatem trudno już przyjąć uczulenie ustroju. Jeszcze bardziej jest wątpliwe, czy główną rolę w oparzeniu należy przypisać metylgwanidynie, czy też innym ciałom, uważanym przez różnych badaczy przy nadwrażliwości za czynnik anafilaktyczny. Wiemy także, że w okresie badań nad nadwrażliwością zbyt pochopnie tłumaczono nadwrażliwością wiele zjawisk życiowych i spraw chorobowych, które jednak nie miały nic wspólnego z klasyczną nadwrażliwością. Ostatecznie jednak nie odgrywa większej roli sprawa, w jaki sposób tworzą się trujące produkty rozkładu białka, czy przez wywoływacz lub niweczník, czy przez zaczyny i t. d. Ważne jest natomiast, że pewne produkty rozkładu białka wywołują typowe objawy zatrucia anafilaktycznego, inne znowuż wywołują odmienne objawy chorobowe. W każdym razie, chociaż badań w tej sprawie nie można uważać za ukończone, chociaż wiele faktów wymaga jeszcze sprawdzenia, to jednak na ogół teorja, tłumacząca śmierć z oparzenia zatruciem produktami rozkładu białka, przemawia ze wszystkich teoryj intoksykacyjnych najbardziej do przekonania.

Zmiany w nadnerczach przy oparzeniu.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę na zmiany w nadnerczach, będące w związku z oparzeniem, a tem samem mogące tłumaczyć przyczynę zejścia śmiertelnie oparzonych. Prace w tym zakresie są dotąd nieliczne. Wprawdzie Churton zauważył jeszcze w r. 1886 w przypadku ciężkiego oparzenia chłopca obustronne krwotoki w nadnerczach, a także Arnaud opisał w r. 1900 podobne spostrzeżenie, wreszcie Napp, tudzież Albrecht i Weltmann zauważyli w jednym przypadku oparzenia zniknięcie lipoidów w nadnerczach, były to jednak tylko luźne, nie znajdujące szerszego oddźwięku spostrzeżenia, co jest zrozumiałe wobec faktu, że wiadomości nasze o znaczeniu fizjologicznem nadnerczy jeszcze kilkanaście lat temu były bardzo skąpe.

Pierwszą pracę doświadczalną nad zachowaniem się nadnerczy po oparzeniach wykonał w r. 1904 Moschini na świnkach morskich. Znajdował on znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych w korze nadnerczy, jeżeli śmierć zwierzęcia nastąpiła nawet już w kilka godzin po oparzeniu. Jeżeli zaś upłynęło kilkadziesiąt godzin między śmiercią a oparzeniem, rozszerzenie naczyń było niezwykle silne, a bardzo często występowały nawet krwotoki i obumarcie komórek. W przypadkach śmierci po 3—5 dniach po oparzeniu stwierdzał nadto sprawy karjokinetyczne w komórkach kory.

W roku 1909 ogłosił Hornowski pracę doświadczalną nad wpływem czynników termicznych (tak ciepła, jak zimna) na układ chromochłonny, wykonaną na królikach, umieszczonych w skrzynkach przy rozmaitych ciepłotach. — Zbadał on wówczas po raz pierwszy nadnercza ludzkie i zwoje brzuszne w sześciu przypadkach śmiertelnego oparzenia i stwierdził, że »w przypadkach śmierci z oparzenia substancja rdzeniowa nadnerczy ma tendencję z jednej strony do całego szeregu zmian przyżyciowych (zwyrodnienie szkliste, wybroczyny), które dochodzą czasami nawet do martwicy, z drugiej zaś strony po śmierci osobnika rozpada się znacznie szybciej niż u osobników, zmarłych wskutek innych przyczyn«. Wnioski, jakie Hornowski ze swoich badań wysnuwa, są następujące:

»1) Przy oparzeniu nie występuje osłabienie działalności układu chromochłonnego, lecz przeciwnie układ ten zdaje się wykazywać wzmożoną wytwórczość, zależną od wytwarzania się jakichś ciał, krążących w surowicy krwi, a nie od wpływu samej temperatury, gdyż

2) wyższa ponad ciepłotę ciała temperatura wpływa na zwiększenie zapotrzebowania istoty tonizującej, której wytwórcą jest układ chromochłonny, a tem samem szybciej ten układ wyczerpuje.

3) Temperatura, nieprzewyższająca ciepłoty ciała, zdaje się tylko nieznacznie wpływać na układ chromochłonny zwierzęcia zdrowego, nieoperowanego«.

Chociaż zasługa pierwszego zbadania nadnerczy ludzkich z przypadków śmiertelnych oparzeń należy się Hornowskiemu,

to pracę tę, jako ogłoszoną w polskim tylko języku, przeoczono, a w nowych podręcznikach (np. Aschoff, Pathol. Anat. 1919. T. I. str. 70) przypisano zasługę zwrócenia uwagi na nadnercze przy oparzeniach Kolisce, który w roku 1913 przedstawił na zjeździe niemieckiego Towarzystwa sądowo-lekarskiego wyniki swoich badań. Kolisko znajdował przy sekcji zwłok osób, zmarłych wskutek oparzenia, zmiany w nadnerczach w postaci powiększenia się tych gruczołów, zmiany zwykłego, siarkowo-żółtego zabarwienia kory nadnerczy na szarawo-brunatne, zmniejszenia się ilości lipoidów (metoda Albrechta-Weltmanna), znacznego przekrwienia nadnerczy, a nawet obecności w nich zawałów krwotocznych i wylewów krwawych, wreszcie spraw rozrostowych w substancji korowej nadnerczy. Zmiany te znajdował Kolisko tak w przypadkach ostrych, t. zn. przypadkach, w których śmierć nastąpiła w kilka godzin po oparzeniu, jak, i to częściej, w przypadkach, w których między oparzeniem a śmiercią upłynęło dwa do trzech, a nawet kilkanaście dni, gdy już nawet rany oparzelinowe poczynały się goić. Badań nad zachowaniem się układu chromochłonnego nie przeprowadził, ponieważ jego materjał sekcyjny nie nadawał się do tego rodzaju badań. Na podstawie zmian stwierdzonych w nadnerczach podał Kolisko nową teorję, według której przyczyną zejścia śmiertelnego w przypadkach śmierci z oparzenia, a zwłaszcza śmierci późnej, jest brak (wypadnięcie) działania nadnerczy.

W roku 1916 ogłosił Lattes pracę o zachowaniu się substancji korowej nadnerczy w śmierci późnej z oparzenia. Z pracy tej, znanej mi tylko z krótkiego sprawozdania, wynika, że zwierzęta, które padły w przeciągu kilku dni w następstwie rozległych oparzeń, okazywały zmiany w korze nadnerczy, charakteryzujące się objawami wzmożonej ich czynności (bardzo liczne figury karjokinetyczne) obok objawów wyczerpania (zniknięcie lipoidów i tłuszczów). Lattes uważa późną śmierć z oparzenia za następstwo niedomogi nadnerczy. W roku 1917 ogłosił Luksch pracę o zawartości adrenalin w nadnerczach zwłok osób, zmarłych wskutek najrozmaitszych przyczyn chorobowych. Wśród 354 przypadków, zbadanych przezeń przy zastosowaniu metody Folina, polegającej na wystąpieniu błękitnego zabarwienia wyciągu z nadnerczy w następstwie redukcji kwasu fosforowolframowego, były trzy przypadki śmierci z oparzenia, w których stwierdził zmniejszenie się zawartości adrenaliny w nadnerczach. Wreszcie w roku 1918 pojawiła się praca Nakaty, będąca niejako powtórzeniem i potwierdzeniem doświadczeń Moschiniego. Nakata oparzał tylne kończyny świnek morskich (45 zwierząt) przez zanurzenie ich w gorącej wodzie i badał następnie w rozmaitym czasie po oparzeniu (od kilkunastu minut do 16 dni) nadnercza makroskopowo i mikroskopowo. W przypadkach śmierci wczesnej stwierdzał on przekrwienie i zmiany w jądrach i protoplazmie komórek, w przypadkach zaś śmierci późnej krwotoki wśród tkanki nadnerczy. Nakata, sądząc jedynie z dostępnych mi referatów z jego pracy, nie badał nadnerczy co do zachowania się lipoidów i komórek chromochłonnych.

Badania własne.

Badania moje własne na powyższy temat, rozpoczęte w roku 1914, przerwane wybuchem wojny światowej, podjąłem na nowo w r. 1918. Pierwszem mojem wrażeniem było, że zmiany w nadnerczach w przypadkach oparzeń muszą być bardzo rzadkie, kiedy aż do najnowszych czasów brakło prawie zupełnie wzmianki o nich w piśmiennictwie. Przeglądając także wszystkie protokoły sekcyjne z przypadków śmiertelnych oparzeń, sekcjonowanych w ciągu całego szeregu lat w Zakładzie medycyny sądowej U. J., nie natrafiłem w nich ani razu na wzmiankę o zmianach w nadnerczach. Tłumaczyło się to tem, że w dawniejszych latach nie zwracano przy sekcjach uwagi na ten narząd, wobec czego ewentualne zmiany mogły były ujść uwadze. Od czasu jednak ogłoszenia pracy Koliski zaczęto w Zakładzie badać nadnercze przy wykonywaniu sekcji zwłok oparzonych, których ilość wzrosła znacznie podczas wojny, jak tego dowodzą zestawienia Kucharskiego. Zmiany w nadnerczach stwierdzono, lecz nie stałe. I tak w r. 1914 było 12 przypadków oparzeń, z których tylko w jednym uderzały nadnercza przez swą wielkość, lecz zresztą były bez zmian makroskopowych, zwłaszcza bez wybroczyn. W roku 1915 na 13 przypadków oparzeń stwierdzono w jednym przypadku przekrwienie miernego stopnia substancji rdzennej, w innym (Nr. 36 prot. sek. sąd. z 4 listopada) przypadku oparzenia III stopnia prawie połowy ciała u 6-letniego chłopca znaleziono zawały krwawe w substancji rdzennej. W innych przypadkach makroskopowych zmian w nadnerczach nie było. W roku 1916 było 12 przypadków oparzeń, wśród nich w jednym przypadku (Nr. 65 prot. sek. pol. san. z 8 lipca) oparzenia II stopnia wrzącą wodą więcej niż połowy ciała u 6-letniej dziewczynki stwierdzono znaczne i liczne wylewy krwawe w substancji rdzeniowej obu nadnerczy, dochodzące do wielkości ziarna wielkiego grochu; w innym przypadku stwierdzono silne przekrwienie nadnercza prawego i szare zabarwienie jego kory, natomiast lewe przedstawiało się prawidłowo. W r. 1917 liczba oparzeń zmniejszyła się, wynosiła bowiem tylko 7 przypadków. Wśród nich w jednym przypadku stwierdzono nieco silniejsze przekrwienie, w jednym bardzo silne przekrwienie nadnerczy, w jednym wreszcie przypadku (Nr. 43 prot. sek. sąd. z 29 sierpnia) oparzenia III stopnia niemal połowy ciała u 16-letniego chłopca stwierdzono przekrwienie obu nadnerczy, szare zabarwienie ich kory, a w lewem nadnerczu ognisko krwotoczne wielkości małej fasoli. W r. 1918 liczba oparzeń wzrosła do 16 przypadków, lecz wśród nich tylko raz stwierdzono szarawe zabarwienie kory nadnerczy przy zresztą małych gruczołach. W reszcie przypadków nadnercza nie przedstawiały zmian makroskopowych. Zatem od roku 1914 do 1918 włącznie na 60 przypadków oparzeń okazały nadnercza makroskopowe zmiany zaledwie w 9 przypadkach. Znamiennem było, że najwyraźniejsze zmiany w postaci krwiaków występowały najczęściej w przypadkach oparzeń dzieci i wogóle osób młodych. Ponieważ należało przypuszczać, że zmiany w nadnerczach w przypadkach oparzeń mogą występować częściej, lub może nawet stale, a tylko nie dawać wyraźnych makroskopowych zmian anatomicznych, podobnie jak się to zdarza w innych narządach (mózg, nerki), postanowiłem od r. 1919 przeprowadzić systematyczne badania nadnerczy z przypadków oparzeń.

I. Grupa badań.

Grupa ta obejmuje badania makroskopowe i mikroskopowe nadnerczy ludzkich z przypadków oparzeń, sekcjonowanych przezemnie w latach 1919 i 1920 w Zakładzie medycyny sądowej U. J. W badaniach tych obok dokładnego uwzględnienia całego obrazu sekcyjnego zwracałem baczną uwagę na zachowanie się nadnerczy, na ich ciężar, ukrwienie, zabarwienie obu substancji, ich szerokość, obecność lipoidów i t. d. W kilku przypadkach oparzeń (I, V—VII, X—XVI włącznie), których sekcji mogłem dokonać w krótki czas po śmierci w chłodnej porze, zbadałem także zachowanie się układu chromochłonnego w sposób, opisany w 2. i 3. grupie badań moich. Poza tymi przypadkami musiałem zaniechać zbadania substancji chromochłonnej we wszystkich innych przypadkach, ponieważ sekcje urzędowe mogły być dokonane w rozmaicie długi czas po śmierci, a, jak wiadomo, powinowactwo komórek chromochłonnych do soli chromowych i natężenie ich barwienia się na brunatno zależy od czasu, w jaki nadnercza wzięto do badania po śmierci danego osobnika.

Technika badań była następująca: Nadnercza wyjęte przy sekcji w zwykły sposób, ostrożnie, ważyłem oddzielnie i przecinałem je kilkakrotnie poprzecznie celem makroskopowego ich zbadania. Następnie część ich — mniejwięcej większą część z każdego nadnercza — utrwalałem w 4% formalinie, resztę zaś zaraz badałem chemicznie co do lipoidów według metody, podanej przez Albrechta i Weltmanna. Sposób wykonania tej próby jest następujący: Nadnercze po dokładnem odpreparowaniu rozciera się dokładnie z wyprażonym piaskiem w porcelanowej miseczce i dodaje następnie w stosunku 1 : 10 zgęszczonego kwasu siarkowego i chloroformu, umieszcza wszystko w cylindrze ze szklannym korkiem, wstrząsa kilkakrotnie naczynie i pozostawia w spokoju przy nizkiej ciepłocie przez 24 godzin. O ile nadnercze zawiera dużo lipoidów, to chloroform przybiera zabarwienie ciemnobrunatne, potem ciemno-bordeaux, ciemno-błękitne, wreszcie znowu brunatne. O ile nadnercze zawiera mało lipoidów, to zabarwienia te występują o wiele słabiej, a nawet następuje zupełne odbarwienie się chloroformu. Kawałeczki, utrwalane przez 24 godzin w 4% formalinie, krajałem częścią na mikrotomie do mrożenia, częścią przepajałem je celoidyną w zwykły sposób po przeprowadzeniu przez alkohole. Skrawki świeże z mikrotomu do mrożenia, niebarwione, oglądałem w mikroskopie polaryzacyjnym, inne barwiłem sudanem III, tudzież sudanem III i hematoksyliną i następnie określałem zachowanie się lipoidów. Skrawki celoidynowe zaś barwiłem hematoksyliną i eozyną, błękitem toluidynowym i safraniną, tudzież sposobem van Giesona. Skrawki były zawsze robione z różnych miejsc obu nadnerczy.

1. Przypadek I. (Nr. 7. prot. sek. pol.-san. z dnia 17 stycznia 1919) A. C., lat 37, rzym.-kat., żona przesuwacza kolejowego, doznała oparzenia II i III stopnia prawie całej powierzchni ciała przy nieostrożnem dolewaniu nafty do płonącej lampy. Śmierć nastąpiła w 12 dni po oparzeniu wśród objawów żołądkowo-jelitowych. Nadnercza wyjęto w 17. godzin po śmierci. Prawe waży 8·1 g, lewe 8·9 g; oba nie okazują makroskopowych zmian poza szarawem zabarwieniem kory. Część nadnerczy pokrajano na mikrotomie do mrożenia, inną chromowano w sposób opisany w 2 grupie badań i przepojono celoidyną. Zarówno badanie chemiczne, jak mikroskopowe

i zapomą mikropolaryzatora wykazuje zupełny brak lipoidów. Pod mikroskopem stwierdza się silne przekrwienie nadnerczy, i to głównie kory, tudzież znaczne wylewy krwawe. Najwięcej ich w warstwie pasmowej i kłębkowej kory. W warstwie kłębkowej także liczne ogniska martwicze. Komórki kory, zwłaszcza w okolicy wylewów krwawych, wykazują zwyrodnienie białkowe i barwią się na ogół słabo. Tu i ówdzie, zwłaszcza zaś na granicy obu substancyj, stwierdza się nacieki drobnokomórkowe. Komórek chromochłonnych prawie zupełnie brak, tylko w niektórych preparatach na kilku polach widzenia widoczne blado-żółto-bronzowe, nieliczne komórki chromochłonne.

II. Przypadek 2. (Nr. 8 prot. sek. pol.-san. z dnia 17. stycznia 1919) S. S., lat 31, rzym.-kat., urzędnik, doznał oparzenia II i III stopnia prawie połowy ciała przy nieostrożnem obchodzeniu się z maszynką spirytusową. W cztery dni potem zejście śmiertelne. Nadnercza wyjęto w 38 godzin po śmierci. Oba duże; prawe waży 8·9 g, lewe 9·6 g. Substancja korowa z odcieniem szarawo-żółtym, rdzeniowa rozmiękła, rozpadająca się, brunatno-zabarwiona. Lipoidy wybitnie zmniejszone. Pod mikroskopem stwierdza się, że komórki kory jak i substancji rdzeniowej barwią się dobrze i zmian widocznych nie okazują. Całe nadnercze dość silnie przekrwione, a zwłaszcza warstwa pasmowa kory, w której też stwierdzić można nieliczne, drobne wybroczynki.

III. Przypadek 3. (Nr. 28. prot. sek. pol.-san. z dnia 17. marca 1919). R. G., lat 72, rzym.-kat., wyrobnica, uległa poparzeniu w ten sposób, że nacierała się spirytusem z powodu bolu w krzyżach niedaleko rozpalonego pieca. W cztery tygodnie choroby, gdy była prawie już na wyleczeniu, nastąpiło wśród nagłego spadku ciepłoty i zapadu zejście śmiertelne. Sekcja zwłok wykazała: Combustio II gradus fere dimidii corporis. Tuberculosis pulmonum (cavernae tuberculosae obsoletae lobi superioris et tuberculosis caseosa nodosa dispersa totius pulmonis utriusque). Tuberculosis lymphoglandularum endothoracalium, praecipue peribronchialium (caseificatio cum emollitione). Bronchitis chronica. Atrophia fusca myocardii. Steatosis hepatis. Atrophia senilis organorum. Atherosclerosis arteriarum, praecipue aortae ss. ectasia eiusdem. Anaemia universalis. Nadnercze prawe waży 5·8 g, lewe 6·4 g. W obu substancja rdzeniowa silnie ukrwiona, korowa blado-żółta, zresztą bez zmian makroskopowych. Prawie zupełny brak lipoidów. Drobnowidowo komórki kory okazują wybitną budowę gąbczastą. W warstwie siatkowej w komórkach obfita ilość bronzowego barwika. W substancji rdzeniowej, szerokiej, przestrzenie naczyniowe może nieco porozszerzane, zresztą jednak ani w substancji rdzeniowej ani w korowej nie stwierdza się mimo przeglądania całego szeregu skrawków, robionych z różnych miejsc obu gruczołów, zmian w układzie naczyniowym, w szczególności nie stwierdza się przekrwienia lub wybroczyn.

IV. Przypadek 4. (Nr. 31. prot. sek. pol.-san. z dnia 17. marca 1919). J. W., lat 62, rzym.-kat., zarobnik, nałogowy pijak, popełnił samobójstwo przez oblanie się naftą i podpalenie. Śmierć w kilkanaście godzin po oparzeniu. Sekcja zwłok wykazała: Combustio II, III et IV. gradus totius fere corporis. Suicidium. Oedema scroti. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Oedema cerebri. Atheromatosis aortae. Emphysema pulmonum levioris gradus. Gastritis chronica hypertrophicans (polyposis mucosae ventriculi). Oba nadnercza niezwykle duże, obrosłe obfitą, łojowatą tkanką tłuszczową, po której dokładnem odpreparowaniu nadnercze prawe waży 11·9 g, lewe 12·6 g. Na przekrojach makroskopowo nie stwierdza się żadnych zmian. Pod mikroskopem stwierdza się lipoidy w ilości prawidłowej, przekrwienie miernego stopnia obu substancji, nieliczne włosowate wybroczynki. W jednym preparacie rozległy nacisk drobnokomórkowy w substancji rdzennej. Komórki warstwy siatkowej zawierają bronzowy barwik.

V. Przypadek 5. (Nr. 35. prot. sek. pol.-san. z dnia 20. marca 1919). M. M., lat 22, rzym.-kat., służąca. Denatkę znaleziono dzień przedtem w piwnicy częściowo zwęgloną; miała popełnić wrzekomo samobójstwo przez polanie się benzyną i podpalenie. Sekcja wykonana w 24 godzin po śmierci wykazała: Combustio II, III et IV gradus totius fere corporis. Multiplices ecchymoses subepicardiales. Status menstruationis. Hyperaemia passiva viscerum recens. Nadnercza dość duże o substancji rdzeniowej silnie przekrwionej, zresztą bez zmian makroskopowych. Waga prawego wynosi 5·7 g, lewego 6·8 g. Kawałeczki z obu nadnerczy chromowano także w sposób, opisany w 2. grupie badań. Lipoidy nie zmniejszone. Pod mikroskopem uderza bardzo silne przekrwienie całego nadnercza, a zwłaszcza warstwy pasmowej kory, w której przez wypełnione silnie krwią naczynia włosowate poszczególne beleczki a nawet komórki są od siebie oddzielone i wskutek tego powstaje bardzo charakterystyczny pasmowy obraz tej warstwy. Tutaj także stwierdza się drobne lecz liczne wybroczynki. Komórek chromochłonnych brak zupełnie.

VI. Przypadek 6. (Nr. 37. prot. sek. pol.-san. z dnia 24. marca 1919). W. D., lat 3, rzym.-kat., zbliżyć się miał do pieca, w którym wrzekomo z nieznanego powodu miał nastąpić wybuch i doznał w ten sposób rozległych oparzeń. Śmierć po 3 dniach. Sekcja, wykonana w 20 godzin po śmierci, wykazała: Combustio II et III gradus fere dimidii corporis. Sugillationes subcapsulares et intramedullares glandulae suprarenalis utriusque. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Hyperaemia passiva viscerum. Oba nadnercza duże, okazują pod torebką liczne, rozległe (do wielkości soczewicy), częściowo zlewające się wylewy krwawe. Podobne, do wielkości ziarna grochu dochodzące wybroczyny stwierdza się w miąższu nadnerczy, zwłaszcza zaś w substancji rdzeniowej. Waga prawego wynosi 2·2 g, lewego 2·5 g. Kawałeczki z obu nadnerczy chromowano także w sposób, opisany w 2. grupie badań. Lipoidów prawie zupełnie niema. Pod mikroskopem zwracają uwagę przedewszystkiem, już gołem okiem widoczne, wylewy krwawe, które są tak rozległe, że zacierają budowę gruczołu. Cała prawie substancja rdzeniowa oraz większa część korowej są zniszczone przez krwotok. Tu i ówdzie zachowane jakby wyspy reszty tkanki gruczołowej lub poszczególne elementy komórkowe barwią się niewyraźnie, a nawet okazują obumarcie i rozpad. W kilku jednak miejscach powiodło się w komórkach kory stwierdzić figury karyokinetyczne. W zachowanych częściach substancji rdzeniowej nie udało się stwierdzić brunatnego zabarwienia komórek. Naczynia, także większe, znacznie rozszerzone, wypełnione skrzepami krwi, niektóre szklisto zmienionemi.

VII. Przypadek 7. (Nr. 57. prot. sek. pol. san. z dnia 23. maja 1919). T. K., lat około 3, rzym.-kat. uległ oparzeniu wskutek eksplozji flaszki ze spirytusem, stojącej obok palącego się »primusa«. Śmierć po upływie doby. Sekcja zwłok, wykonana w 38 godzin po śmierci, wykazała: Combustio II gradus fere dimidii corporis. Bronchitis muco-purulenta diffusa ambilateralis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Hyperaemia passiva viscerum recens. Nadnercza prawidłowej budowy, wielkości odpowiadającej wiekowi, o substancji korowej i rdzeniowej makroskopowo bladej. Prawe waży 2·1 g, lewe 2·3 g. Niektóre kawałeczki z obu nadnerczy poddano także chromowaniu w sposób, opisany bliżej w 2. grupie badań. Lipoidy może nieco zmniejszone. W substancji rdzeniowej wąskiej komorek chromochłonnych nadzwyczaj mało i te są jasno żółto-bronzowo zabarwione. Kora o budowie prawidłowej, barwi się blado, w warstwie pasmowej okazuje przekrwienie a także tu i ówdzie drobniejsze i większe wybroczyny.

VIII. Przypadek 8. (Nr. 59. prot. sek. pol.-san. z dnia 3. czerwca 1919). D. F., lat 25, rzym.-kat. służąca, weszła do piwnicy ze światłem i zbliżyła się do naczynia z naftą, która się zapaliła i denatkę śmiertelnie poparzyła. Następnego dnia zejście śmiertelne. Stwierdzono: Combustio II. gradus fere dimidii corporis. Nadnercza dość duże, prawe waży 5·6 g, lewe 6·5 g. Na przekrojach poza bardzo silnem przekrwieniem substancji rdzeniowej makroskopowych zmian nie stwierdza się. Mikroskopowo stwierdza się: Lipoidy nieznacznie zmniejszone. W substancji rdzeniowej bardzo silne przekrwienie, wylewy krwi i nacieki krwawe między komórkami. To ostatnie stwierdza się także w korze nadnerczy. Także kilka ognisk martwiczych, zwłaszcza w okolicy wylewów krwawych, daje się stwierdzić.

IX. Przypadek 9 (Nr. 91. prot. sek. pol.-san. z dnia 22. września 1919). A. K., lat 19, rzym.-kat., służąca, wlała do pieca celem lepszego i szybszego palenia się benzynę z flaszki, która przy tem wybuchła i poparzyła denatkę. Śmierć w 10 godzin po oparzeniu. Sekcja zwłok wykazała: Combustio II et III gradus totius fere corporis. Oedema cerebri. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Status menstruationis. Haemorrhagia interna in saccum peritonei e corpore luteo rupto. Nadnercza małe, blade, bez zmian makroskopowych; prawe waży 3·9 g, lewe 5·2 g. Badanie drobnowidowe stwierdza prawidłowe lipoidy i miernego stopnia przekrwienia całego gruczołu, zwłaszcza substancji rdzeniowej.

X. Przypadek 10. (Nr. 118. prot. sek. pol.-san. z dnia 15 grudnia 1919). M. K., lat 75, rzym.-kat., wyrobnica, uległa poparzeniu przy podpalaniu w piecu benzyną. W dwa dni później zejście śmiertelne. W dniu śmierci wzięto krew do odczynu Abderhaldena (porówn. pod. XLVII). Wykonana w 37 godzin obdukcja zwłok wykazała: Combustio II et III gradus fere 1/3 corporis. Atrophia senilis organorum. Atheromatosis aortae et ectasia eiusdem. Denegeratio parenchymatosa myocardii et renum. Tracheobronchitis catarrhalis chronica, praecipue ad lobos inferiores pulmonum. Struma colloides. Anaemia universalis. Nadnercza makroskopowo prawidłowej budowy i wielkości. o substancji korowej szarawo żółtawo, rdzeniowej zaś brunatno zabarwionej, nieco rozmiękłej. Prawe waży 7·2 g, lewe 7·8 g. Niektóre kawałeczki gruczołów chromowano i przepojono celoidyną w sposób, opisany w 2. grupie badań. Zawartość lipoidów zmniejszona niezbyt silnie, jednak daje się jako zmniejszona rozpoznać. Kora zmian widocznych w komórkach nie okazuje, tylko w komórkach warstwy siatkowej obfity bronzowy barwik. Substancja rdzeniowa wąska, poprzerywana, nie zawiera zupełnie substancji chromochłonnej. Zarówno w substancji rdzeniowej jak korowej, mimo przejrzenia bardzo licznych preparatów, nie udaje się stwierdzić ani przekrwienia, ani wybroczyn. Natomiast na granicy obu substancji a także, chociaż rzadziej, i w innych warstwach kory, stwierdza się dość liczne nacieki drobnokomórkowe. W torebce gruczołu dodatkowe gruczoły.

XI. Przypadek 11. (Nr. 7. prot. sek. pol.-san. z dnia 7. stycznia 1920). H. S., lat 40, rzym.-kat., posługaczka, uległa poparzeniu wskutek wybuchu maszynki naftowej. Śmierć w 14 dni potem. Sekcja, wykonana 22 godzin po śmierci, wykazała: Combustio III gradus cutis faciei, colli, thoracis (in regione infraclaviculari), partis distalis antibrachii et manus utriusque. Decubitus gangraenescens ad os sacrum. Endocarditis verrucosa chronica recrudescens valvulae bicuspidalis ss. insufficientia ostii venosi sinistri. Dilatatio cordis totius. Myocarditis fibrosa chronica et recens. Abscessus multiplices pulmonum et renum. Pleuritis exsudativa sero-fibrinosa recens. Degeneratio adiposa hepatis. Ecchymoses substantiae medullaris glandularum suprarenalium. Synechiae pleuriticae ambilaterales, praecipue dextrae. Anaemia organorum. Nadnercza duże, okazują w obrębie substancji rdzennej liczne, do wielkości ziarna soczewicy dochodzące, wylewy krwawe. Substancja korowa blado-żółtawa z szarawym odcieniem. Nadnercze prawe o wymiarach 5·1 × 3·2 × 0·6 cm. wagi 10·2 g. Nadnercze lewe o wymiarach 5·8 × 3·4 × 0·8 cm. wagi 10·6 g. Z nadnerczy wycięto maleńkie kawałeczki do badania histologicznego, które chromowano i przepojono celoidyną w sposób opisany w 2. grupie badań, resztę zaś nadnerczy użyto do badania chemicznego (porówn. pod XXXIII). Zarówno badanie mikroskopowe jak i zapomocą mikropolaryzatora wykazuje zupełny brak lipoidów. Badanie skrawków barwionych wykazuje przedewszystkiem bardzo silne przekrwienie, wylewy krwi, nacieki krwawe między komórkami, i to zarówno w korze, jak zwłaszcza w substancji rdzeniowej nadnerczy. W korze, i to przeważnie w warstwie pasmowej, znajdują się ogniska martwicze, a tu i ówdzie nacieki drobnokomórkowe. Komórek chromochłonnych w substancji rdzeniowej bardzo niewiele, słabo jasno-bronzowo zabarwionych. W niektórych znajdują się wakuole. W wylewach krwi, zwłaszcza większych, zmiany wsteczne.

XII. Przypadek 12. (Nr. 22. prot. sek. pol.-san. z dnia 10. lutego 1920). J. S., lat 20, rzym.-kat., służąca, wlała przy podpalaniu w piecu

z flaszki benzol, który się zapalił i poparzył denatkę na całem prawie ciele. Śmierć nastąpiła na drugi dzień. Sekcja zwłok, dokonana w 31 godzin po śmierci, wykazała: Combustio II et III gradus cutis faciei, colli, dorsi, totius extremitatis superioris et inferioris utriusque (fere 3/4 totius corporis). Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis et adiposa renum. Oedema cerebri. Hyperaemia passiva organorum recens. Oba nadnercza, dość duże, okazują pod torebką a także na przekroju, i to zarówno wśród substancji rdzeniowej, jak i kory, dość liczne, punktowate, brunatno czerwone wybroczyny. Poza tem zabarwienie obu substancji i ich szerokość makroskopowych zmian nie przedstawia. Nadnercze prawe o wymiarach 6·5 × 3·5 × 0·6 cm. waży 6·85 g, lewe o wymiarach 6·0 × 2·8 × 0·8 cm. waży 6·0 g. Z nadnerczy wycięto mały kawałeczek do badań histologicznych, postępując jak w 2. grupie badań, resztę zaś obu gruczołów poddano badaniu chemicznemu co do adrenaliny (porówn. pod XXXIV). Badanie niebarwionych, świeżych skrawków w przyrządzie mikropolaryzacyjnym wykazuje dość znaczne zmniejszenie się lipoidów. Badanie preparatów barwionych wykazuje bardzo znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych, bardzo liczne, choć drobne wynaczynięnia i to głównie w substancji rdzeniowej, zresztą dość wąskiej, tudzież na pograniczu obu substancji. W korze wylewy krwawe stwierdza się tylko w warstwie kłębkowej. W kilku odcinkach kory, zwłaszcza w okolicy wylewów, komórki okazują zwyrodnienie miąższowe. Komórek chromochłonnych nadzwyczaj mało, rozrzucone są po całej substancji rdzeniowej i są brunatno zabarwione. W naczyniach daje się stwierdzić substancja chromochłonna.

XIII. Przypadek 13. (Nr. 28. prot. sek. pol.-san. z dnia 23. lutego 1920). A. S., lat 15, rzym.-kat., dolewał naftę z flaszki do palącego się »primusa« i w następstwie eksplozji poparzył obie kończyny dolne. W dwa dni potem wzięto krew do odczynu Abderhaldena (porówn. pod LI). W trzy tygodnie później dołączyło się zapalenie płuc i chłopiec wsród objawów żołądkowo-jelitowych i spadku ciepłoty ciała do + 35°C w miesiąc po oparzeniu zmarł. Wykonana w 50 godzin po śmierci sekcja zwłok wykazała: Combustio II et III gradus extremitatis inferioris utriusque. Nephritis parenchymatosa acuta. Dilatatio cordis totius medii gradus. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Steatosis hepatis. Oedema cerebri. Pneumonia crouposa lobularis partim confluens in stadio hepatisationis griseae lobi inferioris pulmonis utriusque. Nadnercze prawe o wymiarach 5·3 × 3·3 × 0·8 cm. waży 7·2 g, lewe o wymiarach 6·4 × 2·8 × 0·7 cm. waży 7·6 g. Niektóre kawałeczki nadnerczy poddano także chromowaniu i przepojono celoidyną w sposób, opisany w 2. grupie badań. Badanie drobnowidowe wykazuje brak lipoidów i komórek chromochłonnych, bardzo znaczne przekrwienie i bardzo liczne, lecz drobne wybroczyny w całym gruczole. Najsilniej wybroczyny są zaznaczone w warstwie pasmowej kory, która przedstawia się w postaci smug komórek i krwinek na przemian ułożonych.

XIV. Przypadek 14. (Nr. 42. prot. sek. pol.-san. z dnia 1. kwietnia 1920). T. D., lat 2, rzym.-kat., uległ poparzeniu w ten sposób, że stał koło matki, która celem szybszego rozpalenia w piecu wlała do pieca z flaszki benzolu i ten eksplodował. Śmierć nastąpiła w ciągu jednej doby. Sekcja zwłok, dokonana w 25 godzin po śmierci, wykazała: Combustio II et III gradus cutis faciei totius extremitatis superioris et inferioris utriusque, partis sinistri dorsi, regionis hypogastricae et ad nates (fere 3/4 corporis). Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis. Hyperplasia apparatus adenoidalis. Tumor lienis follicularis. Hypoplasia glandularum suprarenalium. Nadnercza małe w postaci cienkich płatków, na rozkroju substancja rdzeniowa w postaci cieniutkiego pasemka brunatnego, substancja korowa żółtawo zabarwiona. Ciężar prawego 2·1 g, lewego 2·3 g. Z nadnerczy wycięte maleńkie kawałeczki do badania histologicznego, które chromowano i przepojono celoidyną w sposób opisany w 2. grupie badań, resztę zaś obu nadnerczy użyto do badania chemicznego (porówn. pod XXXV). Lipoidy obecne tylko w warstwie kłębkowej kory. Substancja rdzeniowa w postaci cieniutkiego pasa, częstokroć poprzerywanego, dochodzącego najwyżej do 78 μ grubości, jest bardzo silnie przekrwiona, tak że miejscami przedstawia się jakby w całości była zajęta przez siatkę porozszerzanych naczyń i wybroczynki. Komórek chromochłonnych w niektórych preparatach nie ma, w innych przy dokładnem szukaniu znajduje się bardzo nieliczne w postaci grupek komórek, zabarwionych prawidłowo ciemno-brunatno; w niektórych z tych komórek widać wakuole. Także kora silnie przekrwiona z wylewami krwawemi w warstwie kłębkowej.

XV. Przypadek 15. (Nr. 46 prot. sek. pol.-san. z dnia 7 kwietnia 1920). A. N., l. 29, rzym.-kat., rolnik, uległ poparzeniu przy ratowaniu dobytku z płonącego domu. Zejście śmiertelne po 3 dniach. Sekcja zwłok, wykonana w 18 godzin po śmierci, wykazała: Combustio II et III gradus cutis faciei, trunci, totius extremitatis superioris utriusque et extremitatum inferiorum in regione suprapatellari. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Oedema cerebri. Hyperaemia passiva recens, praecipue hepatis et glandularum suprarenalium. Nadnercza duże, na rozkroju soczyste, silnie przekrwione. Kora o zabarwieniu szarawo-żółtawo-brunatnem, substancja rdzeniowa ciemno-brunatna; tu i ówdzie już gołem okiem widoczne drobne wybroczynki. Wymiary nadnercza prawego 5·6 × 4·1 × 0·7 cm. ciężar 7·8 g; wymiary lewego 6·6 × 3·8 × 0·8 cm. ciężar 10 g. Po wycięciu do badań histologicznych maleńkich kawałeczków, które chromowano w sposób opisany w 2. grupie badań, resztę obu nadnerczy użyto do badania chemicznego sposobem Comessattiego (porówn. pod XXXVI). Lipoidów prawie niema. Cały gruczoł, a zwłaszcza substancja rdzeniowa, bardzo silnie przekrwiony. W substancji rdzeniowej i na granicy obu substancyj liczne, lecz drobne wylewy krwawe. Także włosowate wybroczyny stwierdza się w warstwie pasmowej i kłębkowej kory. Komórki chromochłonne bardzo nieliczne, dają się tylko w niektórych preparatach stwierdzić, ich zabarwienie blade, żółto-bronzowe. Tu i ówdzie na granicy obu substancyj, zwłaszcza w okolicy naczyń, stwierdza się drobnokomórkowe nacieki, w naczyniach gdzieniegdzie masy blado-brunatne substancji chromochłonnej. W wewnętrznej warstwie pasmowej kory dość liczne figury karyokinetyczne.

XVI. Przypadek 16. (Nr. 52. prot. sek. pol.-san. z dnia 20. kwietnia 1920). I. N., l. 35, rzym.-kat., wyrobnik, uległ poparzeniu przy lakowaniu korka od beczki ze spirytusem. Zejście śmiertelne po 4 dniach wśród zapadu. Wykonana w 17 godzin później sekcja zwłok wykazała: Combustio III gradus cutis faciei, manus utriusque, regionis olecrani utriusque, totius extremitatis inferioris dextrae et cruris sinistri. Hyperaemia cerebri et meningum. Degeneratio parenchymatosa myocardii et adiposa hepatis. Hyperaemia et oedema glandularum suprarenalium. Concretiones pleuriticae dextrae. Hyperaemia passiva viscerum recens. Nadnercza silnie tłuszczem obrośnięte, duże, soczyste, o substancji rdzeniowej szerokiej, bardzo silnie przekrwionej, o substancji korowej tylko miejscami siarkowo-żółto zabarwionej, zresztą szarawej. Po dokładnem odpreparowaniu waży nadnercze prawe 9·0 g, a wymiary jego wynoszą 5·5 × 3·3 × 0·9 cm. lewe waży 9·5 g, zaś wymiary wynoszą 5·0 × 3·5 × 0·8 cm. Po wycięciu celem zbadania histologicznego maleńkich kawałeczków, które chromowano w sposób, opisany bliżej w 2. grupie badań, resztę obu nadnerczy użyto do badania chemicznego co do adrenaliny (porówn. pod XXXVII). Lipoidy znacznie zmniejszone; zachowane głównie w warstwie kłębkowej, natomiast w pasmowej prawie niewidoczne. Badanie drobnowidowe skrawków barwionych, chromowanych wykazuje: bardzo znacznego stopnia przekrwienie całego gruczołu, zwłaszcza substancji rdzeniowej, bardzo liczne drobne i większe wybroczyny, tudzież nacieki krwotoczne. Komórek chromochłonnych nie stwierdza się nigdzie. Poszczególne odcinki kory barwią się gorzej, protoplazma komórek przyćmiona; jądra barwią się gorzej hematoksyliną; tu i ówdzie ogniska martwicze.

Zestawienie: Na podstawie zbadania powyższych przypadków, a nadto uwzględniając także wyniki sekcyj, dokonanych na zwłokach oparzonych w ciągu 11 lat w krakowskim Zakładzie sądowo-lekarskim, dochodzimy do wniosku, że w makroskopowym obrazie anatomicznym pierwotnej śmierci z oparzenia poza typowemi a ogólnie znanemi zmianami oparzelinowemi w miejscu działania wysokiej ciepłoty na ustrój nie stwierdza się zresztą wybitniejszych zmian chorobowych w żadnych innych narządach, jak tylko w nadnerczach.

Z innych zmian stwierdza się w przypadkach wczesnej śmierci z oparzenia wyraźne, często bardzo silne przekrwienie wszystkich narządów, a zwłaszcza narządów jamy brzusznej. Także dość często stwierdza się w tych przypadkach silne przekrwienie opon mózgowych, czasem z obfitszem nagromadzeniem się wodojasnego płynu pod pajęczynówką, tudzież z obrzękiem mózgu, który jest wilgotniejszy, bardziej ciastowaty. Krew wszędzie jest prawie zawsze płynna, a tylko wyjątkowo spotyka się w sercu i w zatokach oponowych wiotkie skrzepy krwi. W przypadkach bardzo rozległych oparzeń lub zwęglenia zwłok krew jest czasem gęsta, mazista. O ile między oparzeniem a śmiercią upłynęło kilkanaście godzin, daje się przy sekcji stwierdzić zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego, wątroby i nerek. Narządy te są wiotsze, na rozkroju mniej lub więcej przyćmione, o zatartym miejscami rysunku. Zmiany te są tem wybitniejsze, im później po oparzeniu śmierć następuje. W każdym jednak razie nie stwierdza się przy pierwotnej śmierci z oparzenia wybitniejszych zmian wstecznych (np. stłuszczenia) lub zapalnych (np. ostre zapalenie nerek), nawet późno występującej. — Śledziona jest zwykle niepowiększona, jędrna, silnie ukrwiona. W wyciśniętym z niej soku powiodło mi się wykazać w kilku przypadkach (nie objętych tą grupą badań) rozpadłe krwinki czerwone, lecz nie jest wykluczone, że rozpad ich powstał w następstwie zmian pośmiertnych. Czasem stwierdza się także dość liczne wybroczyny pod błonami surowiczemi, zwłaszcza pod opłucną. Natomiast wybroczyn i owrzodzeń w żołądku i dwunastnicy, podawanych od czasu Curlinga (1842), który je pierwszy stwierdził, w podręcznikach jako charakterystyczne dla śmierci z oparzenia, nie stwierdziłem ani razu, mimo obfitego materjału sekcyjnego i mimo zwracania szczególnej uwagi na tę zmianę. Zdaje się, że autorzy podają jedni za drugimi tę zmianę jako charakterystyczną, która jednak występuje tylko u zwierząt trawożernych (zwłaszcza u królików i morskich świnek). Ten brak owrzodzeń w żołądku i jelitach u osób zmarłych z oparzenia potwierdzają także spostrzeżenia Weidenfelda, Wilmsa, Dohrna, Pfeiffera i innych.

Co się tyczy zmian w nadnerczach w przypadkach śmiertelnego oparzenia, które w tej grupie badań były przedmiotem szczególniejszego zainteresowania, to należy podkreślić, że makroskopowo dają się one stwierdzić rzadko. Najczęściej jeszcze uderza silne przekrwienie nadnerczy, które znamionuje się powiększeniem tych gruczołów, ich soczystością i ciemno-brunatnem, nieraz prawie czarno-brunatnem zabarwieniem substancji rdzeniowej. Przekrwienie substancji korowej, zwłaszcza, o ile lipoidy są także zmniejszone, charakteryzuje się zmianą zwykłego siarkowo-żółtego zabarwienia na szarawo-żółte. Rzadziej już dają się gołem okiem stwierdzić wybroczyny wśród miąższu i pod torebką

gruczołów, jeszcze rzadziej wylewy krwawe w postaci krwiaków lub zawałów krwotocznych.

Co się tyczy powiększenia gruczołów, to w badanych przezemnie przypadkach stwierdza się obok powiększenia wymiarów także zwiększenie ciężaru nadnerczy. Dokładne jednak określenie, czy ciężar nadnerczy jest zwiększony, jest trudne, ponieważ ciężar tych gruczołów ulega znacznym wahaniom. Przeważnie przyjmuje się za średni ciężar obu nadnerczy u dorosłych mężczyzn 11·5 g, u dorosłych kobiet 10·5 g. Pende oznaczył na 100 zwłokach ciężar obu nadnerczy między 7 a 20 gr. Według Ortha wynosi on od 4·8 g. do 7·3 g. Według Schellego ważą oba nadnercza średnio:

	♂	♀
u noworodków . . .	4·7 g	5·0 g
u dzieci poniżej roku .	3·3 »	4·0 »
u dorosłych . . .	11·2 »	10·6 »

Według badań Nowickiego i Hornowskiego, dokonanym na dużym materjale sekcyjnym, waży prawe nadnercze średnio 6·2 g., a lewe 7·3 g. Jeżeli zatem porównamy z temi cyframi ciężar nadnerczy z naszych przypadków, to z wyjątkiem przypadków III, V, VIII, IX, w których ciężar nadnerczy odpowiada mniejwięcej prawidłowemu, we wszystkich innych przypadkach nadnercza są duże i ciężkie, a w niektórych przypadkach (IV, XI, XIII) ciężar ich jest wybitnie zwiększony.

Jedną z bardzo znamiennych cech w obrazie drobnowidowym nadnerczy osób zmarłych z oparzenia są zmiany w układzie naczyniowym w postaci silnego przekrwienia całego gruczołu, tudzież wybroczyn. Zmiany te drobnowidowo wykazać się dają prawie stale, chociaż makroskopowo nadnercza mogą się przedstawiać prawidłowo. Atoli nieraz trzeba przejrzeć szereg skrawków, robionych z różnych miejsc, aby je stwierdzić. Na ogół znajdowałem je zaraz prawie w każdym skrawku. Jedynym wyjątkiem były dwa przypadki (III i X), tyczące się osób starych, powyżej 70 lat liczących, w których mimo przeglądnięcia bardzo wielu skrawków z różnych miejsc obu nadnerczy zmian w układzie naczyniowym nie powiodło się stwierdzić, pomimo że w jednym z tych przypadków lipoidów, jak i substancji chromochłonnej prawie nie było. Przekrwienie nadnerczy u osób zmarłych z oparzenia występuje zarówno w substancji rdzeniowej, jak korowej, najwybitniej jednak na pograniczu obu substancyj, tudzież w warstwie pasmowej kory, rzadziej w warstwie kłębkowej kory. Słabsze stopnie przekrwienia zaznaczają się w postaci nadmiernie porozszerzanych i wypełnionych krwią naczyń włosowatych i przestrzeni naczyniowych, które oddzielają niejako grubemi pasmami czerwonemi komórki od siebie. Uwidocznia się to zwłaszcza najwyraźniej w warstwie pasmowej kory. Także naczynia większe w gruczole samym, jak i w torebce, są rozszerzone, wypełnione skrzepami krwi, które okazują nieraz zmiany szkliste. Wyższe stopnie przekrwienia cechują się wybroczynami, które od nieznacznych, włosowatych dochodzą do większych rozmiarów, a nawet mogą być tak rozległe, że wówczas są już gołem okiem widoczne i prawie cała substancja rdzeniowa i znaczna część korowej mogą być zniszczone. Krwiaki takie wśród miąższu gruczołu dochodziły w jednym przypadku (VI) do wielkości ziarna dużego grochu. Na ogół jednak spotyka się znaczniejsze wylewy krwawe rzadziej, a najczęściej tylko silne przekrwienie i drobne, lecz liczne wybroczynki włosowate, tudzież nacieki krwawe między komórkami gruczołu. (Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Juljusz Szymański: **Ophthalmologia para Estudantes.** Kurytyba, 1920, str. 194.

Pojawiła się ciekawa książka, przysłana nam z południowej Ameryki, napisana przez Polaka, Dr Juljusza Szymańskiego, profesora okulistyki uniwersytetu w Paranie. Rzecz, przeznaczona dla studentów uniwersytetów brazylijskich, dlatego napisana po portugalsku. Język to ze wszystkich może romańskich najbardziej zbliżony do francuskiego, to też dla władających językiem francuskim zupełnie zrozumiały. Dziełko Szymańskiego jest to krótki zarys okulistyki praktycznej, ułożony niesłychanie treściwie sposobem kompendjalnym. Układ treści bardzo przejrzysty i dobrze obmyślany. Bardzo wielką liczbą rycin, wykreślonych schematycznie, stara się autor zastąpić opisy metod badania, obrazów klinicznych, sposobów operacyjnych, przyrządów okulistycznych, tak że w przeważnej części opisy te skrócone są do takich rozmiarów, jak w innych książkach same objaśnienia, umieszczane pod rycinami. Chociaż ryciny te w odbiciu drukarskiem nie wyszły dość czysto, mimo tego jednak ułatwiają znakomicie zrozumienie bardzo lakonicznego tekstu. Opisy niektórych chorób ocznych lub metod badania mieszczą się nieraz w jednem lub w dwóch zdaniach, a mimo tego są jasne i zrozumiałe. Całe rozdziały okulistyki, jak n. p. nauka o jaskrze lub wykład o zaćmie, zajmują zaledwie po kilka stronic druku, choć są w nich uwzględnione nietylko obrazy kliniczne, nietylko sposoby lecznicze i operacyjne, ale nawet teorje patogenezy. Liczne oryginalne djagramy i tabelki mnemotechniczne ułatwiają studentowi zrozumienie i spamiętanie zawiłych stosunków refrakcji, akomodacji, symptomatologji porażeń mięśni ocznych i t. d.

Mimo zwięzłości, posuniętej do ostatecznych granic, zawarte są w tem małem dziełku wszystkie bez wyjątku działy oftalmologji, nie wyłączając nawet krótkiego zarysu historji tej specjalności. Nie zapomina też autor o dorobku naukowym swych rodaków, opisując niektóre sposoby badania i metody operacyjne, podane przez polskich okulistów (Wicherkiewicza, Gałęzowskiego, Ziemińskiego). Zaznaczyć trzeba, że jest to już drugie wydanie dziełka, uzupełnione i nieco rozszerzone. W przedmowie do tego wydania autor wita zmartwychwstałą Polskę i wskazuje na nierozerwalne więzy, łączące polską kolonię brazylijską z ojczystym krajem. Prof. K. W. Majewski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Schittenhelm: **O leczeniu czerwonki surowicą** (Med. Kl. 1919, 2). Stwierdzono przed wojną światową, że leczenie czerwonki surowicą, zwłaszcza zaś zakażeń prątkami Shiga-Kruse, obniżało śmiertelność do 2—5%, w przeciwieństwie do 10—15% śmiertelności przypadków nie leczonych surowicą. Natomiast w ocenie spostrzeżeń, uzyskanych podczas wojny, dzielą się badacze na dwa obozy, z których jeden uznaje skuteczność surowicy, drugi przeczy temu. Na podstawie własnych spostrzeżeń stwierdza S., że od chwili zastosowania surowicy śmiertelność zmniejszyła się czterokrotnie; w zakażeniu typem Shiga-Kruse, o ile podano surowicę w pierwszych czterech dniach choroby, stwierdzono do 92% wyleczeń w ciągu czterech tygodni. Przypadki leczone tylko objawowo dają natomiast do 57·1% wyleczeń w ciągu czterech tygodni. Co się tyczy t. zw. czerwonki rzekomej (pseudodysenteria), obejmującej zakażenia prątkiem Flexnera, prątkiem Y, pseudodysenterję A i H, to wynik leczenia jest na ogół bardzo dobry bez względu na to, czy leczenie było swoiste, czy nie. Surowicę należy stosować we wszystkich przypadkach zakażenia Shiga-Kruse, co do pseudodysenterji tylko w ciężkich przypadkach. Ponieważ jednak bakterjologiczne rozpoznanie czerwonki jest trudne i nie zawsze można je przeprowadzić, więc należy w tym względzie polegać na objawach klinicznych. Za wskazania do zastosowania surowicy uważa S. lekkie przypadki, w których jednak dłużej niż 3 dni utrzymują się krwawe stolce i wybitne objawy nerwowe, przypadki ciężkie, sprawiające już od samego początku wrażenie zatrucia toksynami, wreszcie wszystkie świeże przypadki z przeszło 12 wypróżnieniami na dobę. S. jest zwolennikiem wielkich dawek surowicy, najmniej 50—80 cm^3 na dawkę; dawkę tę stosuje S. kilka (2—4) dni z rzędu aż do poprawy, poczem w następnych dniach zmniejsza stopniowo dawkę na 50, 40 i 30 cm^3. W ten sposób zużywał przeciętnie na osobę przy zakażeniu prątkiem Shiga-Kruse 220 cm^3, zaś przy pseudodysenterji 180 cm^3. Skoro mimo dużych dawek nawet po 5—6 dniach niema poprawy, nie należy dalej stosować surowicy. S. wstrzykuje surowicę śródmięśniowo, przez co wessanie jest szybsze, niż przy wstrzyknięciu podskórnem. Natomiast co się tyczy wstrzykiwania śródżylnego, to można je zastosować tylko w bardzo ciężkich przypadkach w ilości 15—20 cm^3 na dawkę, resztę zaś surowicy należy podać śródmięśniowo; jeśli chory dobrze zniesie wstrzyknięcie śródżylne, można ten zabieg powtórzyć 1—2 razy. Obok surowicy stosował S. w niektórych przypadkach czynne swoiste leczenie, stosując podskórnie szczepionkę, z wynikiem korzystnym. W przypadkach pewnego zakażenia prątkami Shiga-Kruse należy stosować bezwarunkowo surowicę zwróconą przeciw tym drobnoustrojom, względnie ich jadom; ale także i w przypadkach niejasnych pod względem bakterjologicznym powinno się stosować tę surowicę, gdyż główne jej działanie jest antytoksyczne, a działania tego brak właśnie surowicom, zwróconym przeciw prątkowi Flexnera i Y. Wreszcie w takich niejasnych przypadkach można użyć surowic wielowartościowych (polyvalent). Dr T. Tempka.

Schottmüller: **O leczeniu późnej kiły, zwłaszcza kiły tętnicy głównej**. (Med. Kl. 1919, 7). Według szeregu statystyk ze wszystkich narządów wewnętrznych późna kiła nawiedza najczęściej tętnicę główną. S. rozróżnia następujące postacie tego cierpienia: aortitis supracoronaria, coronaria, valvularis i aneurysmatica, między któremi może zachodzić oczywiście cały szereg przejść. Wynik swoistego leczenia będzie naturalnie tem lepszy, im wcześniej je zaczniemy. Dodatni wynik odczynu Wassermanna dowodzi, zdaniem S., obecności krętków bladych w ustroju i jest tem samem bezwzględnem wskazaniem do swoistego leczenia, choćby wywiady i badanie chorego nie dały żadnych danych co do kiły, zwłaszcza, że kiła tętnicy głównej w swych początkach nie daje żadnych objawów. Schemat, stosowany przez S. przy kile tętnicy głównej, jest następujący: Z początku przez 5 do 8 tygodni energiczne mieszane leczenie rtęcią i neosalwarsanem, poczem co 3—4 tygodnie 0·45—0·6 gr. neosalwarsanu aż do zniknięcia objawów klinicznych i odczynu Wassermanna. Wyniki takiego leczenie są dobre przy »aortitis supracoronaria«, poprawa jest możliwa także przy »aortitis coronaria«; co się tyczy »aortitis valvularis«, to świeże przypadki dają dobre wyniki, zastarzałe zaś mogą liczyć na poprawę, o ile swoiste leczenie trwa całemi latami. Tętniaki tętnicy głównej we wczesnym okresie, a nawet z posuniętemi dalej zmianami w ścianie tętnicy, mogą jeszcze okazać poprawę objawów klinicznych, o ile tylko natychmiast zastosujemy rtęć i neosalwarsan, gdy wystąpią objawy uciskowe i bóle. Oczywiście leczenie jest bardzo długie i dopiero po latach można się spodziewać, że swoiste zmiany w ścianie tętnicy stracą skłonność do postępowania. Leczenie kiły innych narządów nie różni się w zasadzie od leczenia kiły aorty. Leczenie wiądu rdzenia musi być ostrożniejsze; także i ta postać kiły późnej okazuje polepszenie pod wpływem mieszanego leczenia rtęcią i salwarsanem, które powinno się stosować dopóty, dopóki cierpienie ma skłonność do postępowania, zwłaszcza kiedy odczyn Wassermanna jest dodatni. Początkową dawką jest 0·2—0·3 gr. neosalwarsanu, którą stopniowo zwiększając wstrzykujemy co tydzień. Po paru tygodniach należy dołączyć leczenie rtęcią. Ogólny schemat leczenia kiły narządów wewnętrznych jest według S. następujący: Rozpoczynamy od dawki 0·45 (dla kobiet 0·3 gr.) neosalwarsanu, po tygodniu dajemy 0·6 gr. i powtarzamy tę dawkę co tydzień, aż do ogólnej ilości 5—8 gramów. a nawet i więcej, gdy odstępy między poszczególnemi wstrzyknięciami są większe. W międzyczasie wstrzykujemy rtęć 1—2 razy tygodniowo. Często stosuje S. jod przez 2—3 miesiące równocześnie lub po ukończeniu leczenia rtęcią i salwarsanem. Dopóki odczyn Wassermanna jest dodatni, lub utrzymują się objawy ze strony aorty, stosuje S. co 3—4 tygodnie 0·45—0·6 neosalwarsanu.

Dr T. Tempka.

Arnheim: **Calcimint, nowy przetwór wapniowy**. (Klin. ther. Woch. 1920, 3—4). Ze względu na to, że wapno wzmacnia skurcze serca, że zwiększa krzepliwość krwi, zmniejsza wysięki i przesięki, a zwiększa fagocytozę, podawał A. przez kilka miesięcy przetwory wapniowe w postaci tabletek »Calcimint« (3 razy dziennie po 2 tabletki) z dobrym skutkiem, w następujących 6 przypadkach: Dwa przypadki silnej niedokrwistości wskutek nadmiernego miesiączkowania, dwa przypadki rozedmy płuc z napadami dusznicy bolesnej, jeden przypadek dusznicy sercowej z powodu stwardnienia naczyń u 72-letniej kobiety, jeden przypadek wady sercowej z obrzękami (polepszenie, ilość moczu z 700 podniosła się na 1400 cm³). J.

Olbert: **Spostrzeżenia na morfinistach**. (Klin. ther. Woch. 1920, 9—10). Według spostrzeżeń autora morfinizm następuje prawie zawsze wskutek wstrzykiwań, a nie przez wewnętrzne zażywanie morfiny. Objawy, na jakie uskarżają się morfiniści w okresie odzwyczajania się, są rozmaite. Przeważna część wskazuje w czasie odzwyczajania na bolesność tych narządów, dla których ukojenia używano wstrzykiwań. Morfiniści, którzy robili wstrzykiwania z powodu bolów w stawach lub złamaniach kości, skarżą się w czasie abstynencji na »nieznośne bole« w tych samych stawach i kościach. U morfinistów, którzy z powodów psychicznych używali morfiny, pojawiają się w okresie odzwyczajania: niemiarowość tętna, wydzielanie nadmierne z błon śluzowych, nieżyt nosa, łzawienie, ślinotok, poty, wymioty. U wielu ludzi pracujących umysłowo działa strzykawka morfiny jako motor pobudzający do czynu. Podmiotowo czuje się morfinista po nagłem odjęciu morfiny, jak n. p. człowiek, któremuby usta zakneblowano, a w takim stanie jest on zdolny do wszystkiego, do popełnienia najdzikszych czynów. Tu suggestia i hypnoza są bezradne. Dla otrzymania morfiny używają morfiniści najróżnorodniejszych sposobów, podstępów i okłamywań, zwłaszcza przy słabej woli. Jednakże i między morfinistami spotyka się osoby etycznie wysoko stojące, a mniemanie, że wszyscy bez wyjątku morfiniści są to charaktery zwyrodniałe, jest niewłaściwe. Przyzwyczajenie się do morfiny zależy od osobniczego usposobienia lub odporności. Czy należy morfinistów odzwyczajać w zakładach, czy w domu, zależy to od stopnia przyzwyczajenia i charakteru chorego. Morfinistów z silną wolą można odzwyczajać w domu. Tych zaś, którzy nie chcą poddać się leczeniu, albo stają się dla otoczenia niemożliwi, należy przymusowo umieścić w zakładzie. W końcu przestrzega autor lekarzy, aby chorym nie dawali strzykawki do ręki, a na receptach z morfiną umieszczali stale »ne repetatur«. J.

Schuman-Leclercq: **Badanie soku dwunastnicy u ozdrowieńców po durze**. (W. kl. W. 1919, 43). Autor badał równocześnie stolce i treść dwunastnicy co do prątków durowych u 45 ozdrowieńców po durze brzusznym. Badanie soku dwunastnicy zapomocą zgłębnika dwunastniczego wykonywano we dwie godziny po podaniu śniadania, składającego się z żółtka, 2 sucharków, 25 gm masła, 0·5 gm peptonu Wittego i 200 gm bulionu. Znajdowano często laseczniki durowe w soku dwunastnicy, chociaż ich w stolcach już nie było. Autor przypuszcza, że one się kryły w pęcherzyku żółciowym. Dlatego autor radzi nie spuszczać się na badanie stolców u ozdrowieńców po durze brzusznym, lecz dla zapobieżenia roznoszeniu zarazka badać sok dwunastnicy, do którego prątki durowe dochodzą ze swej kryjówki w pęcherzyku żółciowym, a dalej dostają się od czasu do czasu do kału. J.

Schmerz i Wischo: **O wartości ciał sprowadzających krzepliwość krwi po wstrzykiwaniu ich chorym.** (W. kl. W. 1919, 23). Autorowie stosowali przy krwotokach wewnętrznych cały szereg dotąd używanych ciał, wstrzykując je bądź podskórnie, bądź śródżylnie, w celu podwyższenia krzepliwości krwi. Najskuteczniejszemi okazały się dwa środki, t. j. żelatyna z dodatkiem 1% mleczanu wapniowego, jakoteż ampułki z płynem Clauden. Żelatynę wstrzykiwano podskórnie jako 10% rozczyn w ilości 40 cm³ z dodatkiem 1% mleczanu wapniowego. Krwotoki ustawały po ½—10 godzin. Clauden zaś wstrzykiwano z ampułek, wyrabianych w Luitpoldwerke w Monachium, podskórnie lub śródżylnie. Clauden otrzymuje prof. Fischl w Pradze ze krwi, jako zawiesinę. W wielu przypadkach działał clauden bardzo dobrze, w innych zawodził; wstrzykiwanie tego środka jest dla chorych bardzo bolesne. Tak skutecznie przy miejscowych zewnętrznych krwotokach działający koagulen, który także stosowali autorowie podskórnie i śródżylnie, okazał się bardzo słabym w krwotokach wewnętrznych, chociaż autorowie używali przetworu bardzo skutecznego w użyciu zewnętrznem »Kocher-Fonio«, otrzymywanego z płytek krwi, a zawierającego trombokinazę. Autorowie na podstawie swych rozległych prób klinicznych radzą w krwotokach wewnętrznych używać żelatyny wapniowej. J.

Pediatrja.

Jüngling: **Stawy wrzekome w wieku dziecięcym.** (Beitr. z. kl. Chir. 90. III). Stawy wrzekome występują u dzieci najczęściej na goleni, a przyczyną ich są zwykle wady w samej kości, gdy natomiast u starszych większą rolę odgrywają mniej-

scowe mechaniczne zaburzenia lub przeszkody gojenia się. Tak zwane wrodzone stawy wrzekome odnieść należy do złamań śródmacicznych. Te wrodzone stawy wrzekome zwracają uwagę otoczenia dopiero później, gdy dziecko zaczyna próbować chodzić. U dzieci starszych staw wrzekomy powstać może na tle krzywicy po złamaniu, lecz jest to zwykle stan przejściowy, a w miarę ustępowania krzywicy także stan taki znika, a w miejsce jego tworzy się dobra kostnina. Natomiast wrodzone stawy wrzekome dają bardzo złe rokowanie, bo brak tu odłamkom zdolności do bujania kości. Leczenie jest operacyjne, i to najlepiej przez przeszczepianie w odpowiednie miejsce zdrowej tkanki kościotwórczej. K.

Ochsenius: **Leczenie krztuśca.** (Münch. m. W. 1916. 26). W 447 przypadkach próbował O. leczenia krztuśca zapomocą pędzlowań gardła (raz do dwu razy dziennie) 2% rozczynem azotanu srebrowego. Jeżeli liczba napadów się zmniejszy, można przejść do pędzlowania co drugi dzień, podnosząc równocześnie zgęszczenie rozczynu azotanu srebrowego do 3—4%. Jako korzystny lek pomocniczy zaleca O. wkraplanie 3 razy na dzień do nosa: Rp. Argent. proteinic., argent. colloidale aa 0,1, aquae dest. ad 10,0. Wyniki leczenia azotanem srebrowym miały być pomyślne. Uprzedza jednak O., aby się nie zrażać początkowemi niepowodzeniami. r.

Hess i Seyderhelm: **Nieznana dotychczas fizjologiczna leukocytoza u osesków.** (Münch. m. W. 1916, 16). Autorowie spostrzegli, że u prawidłowych, zdrowych osesków powstaje wskutek krzyku bezwzględny wzrost liczby limfocytów (do 8000) we krwi; liczba leukocytów neutrofilnych nie ulega przytem zmianie. Ta limfocytoza powstaje w ciągu kilku minut, ustępuje zaś w ciągu pół godziny od chwili, gdy dziecko przestanie krzyczeć; może się ona pojawiać kilka razy w ciągu dnia. Prawdopodobnie jest ta limfocytoza skutkiem czysto mechanicznego wpływu krzyku na narządy, wytwarzające limfocyty. r.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

VII Posiedzenie naukowe z dnia 18. II. 1920 r.

Przewodniczy prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 84 członków.

I. Prof. Ciechanowski przedstawia sprawę organizacji Najwyższej Rady wychowania, do której, na 72 członków, jedno tylko miejsce wyznaczono dla znawcy wychowania fizycznego, i wnosi odpowiednią rezolucję, którą należy wysłać do Ministerstwa wyznań i oświecenia i Ministerstwa zdrowia publicznego. Rezolucję przyjęto jednogłośnie.

II. Kol. Blassberg imieniem Wydziału referuje sprawę zbliżenia francusko-polskiego na polu naukowem: W Paryżu zawiązał się Komitet francusko-polski, pod przewodnictwem dziekana Wydziału lek. prof. Rogera, w którym zasiadają Polacy: Dr Babiński i Dr Danysz. Wydział Towarzystwa wnosi, aby utworzyć podobny Komitet w Krakowie. Wniosek ten przyjęto i do komitetu wybrano: prof. Ciechanowskiego, Blassberga, Eisenberga, prof. Lewkowicza, prof. Majewskiego, prof. Piltza, doc. Brudzewskiego, prof. Rosnera, Oszackiego i Morawskiego.

III. Kol. Rose przedstawia:

a) Chorego po **zapaleniu nerwów czaszkowych w przebiegu grypy** z częściowem porażeniem obu nerwów okoruchowych z wybitnem dwuwidzeniem, lewego nerwu trójdzielnego, lewego twarzowego i lewego słuchowego. Pod wpływem przetworów salicylowych i elektryzacyi, objawy te w ciągu 4 tygodni prawie zupełnie znikły.

b) **Samorodne wyleczenie ograniczonego zapalenia opon** (meningitis serosa circumscripta). Chory, l. 25, został przysłany z oddziału usznego dnia 5. XII. 1919 do zbadania neurologicznego z powodu silnych bolów, które wystąpiły w kilka dni po wyleczeniu zapalenia ucha środkowego prawego. Badanie wykazało: Wzmożenie odruchu kolanowego i Achillesa po stronie lewej, zniesienie odruchów brzusznych po tejże stronie; mijanie prawej górnej kończyny w prawo przy próbie Bárányego palcem wskazującym przy ruchu z dołu do góry tak samoistnie, jakoteż przy płukaniu lewego ucha zimną wodą; bolesność opukową prawej części kości potylicznej i zatarcie granic obu brodawek nn. wzrokowych. W ciągu następnych kilku dni bole głowy się wzmogły, a 10. grudnia stwierdzono już obustronną brodawkę zastojową. Dnia 17. XII. objawy podmiotowe bardzo się zmniejszyły, mijanie prawej górnej kończyny ustało, granice brodawek wzrokowych lekko zatarte. W połowie stycznia 1920 człowiek ten zgłosił się jako zdrowy. Badanie przedmiotowe dało wynik zupełnie ujemny, z wyjątkiem nieznacznej różnicy w odruchach kolanowych i Achillesa na niekorzyść strony prawej i osłabienia lewych odruchów brzusznych. Dno oka prawidłowe. Cztery próby Wassermanna z wynikiem ujemnym.

c) Przypadek **bezładu** (ataxia) **typu Friedreicha** u 24-letniego osobnika, którego brat i stryj cierpiał na tę samą chorobę. Wybitny bezład kończyn dolnych, szczególnie przy chodzeniu, w kończynie górnej prawej izolowane drgawki skurczowe poszczególnych mięśni z efektem motorycznym, zniesienie odruchów kolanowych i Achillesa, przy zachowaniu wszelkich innych odruchów i zupełnie prawidłowem czuciu. Wassermann ujemny.

d) Przypadek **sprawy uciskowej w obrębie lewej okolicy ruchowej kory** z drgawkami skurczowymi o typie Jacksona w prawej dolnej kończynie, zaczynającemi się w palcach, a kończącemi w prawym stawie biodrowym. W ciągu obserwacji drgawki te powtórzyły się kilkakrotnie i rozwinął się niedowład prawej dolnej kończyny, o charakterze spastycznym, bez zaburzeń czucia. W wywiadach brak danych co do kiły — odczyn Wassermanna ujemny.

e) Dwa przypadki **porażenia mięśni łopatki**, jeden postrzałowy, drugi pooperacyjny.

IV. Kol. Landau Barbara przedstawia dwóch chorych **z wrodzoną szparą tęczówki, soczewki i naczyniówki o nietypowej lokalizacji:** zamiast dołem w linii pionowej — dołem, zewnątrz; powikłanie zmianami po przebytem zapaleniu naczyniówki.

V. Kol. Hładij przedstawia: a) Chłopca z częściowem **zesztywnieniem stawu** kolanowego **po plastycznej operacji metodą Payera.** Hładij opisuje metodę i podnosi jej zalety. — b) Preparat i chorego po **wyłuszczeniu krtani z powodu nowotworu złośliwego.**

VI. Kol. Szymanowicz przedstawia ciężarną w 9. m. ks. z **olbrzymim lepieżem stożkowatym** (condylomata accuminata) na obu wargach sromowych większych i otoczeniu.

W dyskusji do II przypadku kol. Rosego, kol. Rosenhauch stwierdza ważność i znaczenie badania dna oka.

VIII. Kol. doc. Borowiecki wygłasza odczyt p. t.: **O t. zw. niedowładzie nieskrzyżowanym.** (Rzecz ta będzie drukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusji 1) kol. Rose podaje, że niedowład homolateralny, o jakim mówił prelegent, w łączności z przedstawionymi przez siebie guzami móżdżkowymi, jest zasadniczo różny od niedowładu, pochodzącego z uszkodzenia ośrodków ruchowych w korze, lub dróg zeń wychodzących. Przy uszkodzeniach bowiem kory mózgowej i dróg piramidalnych napotykamy porażenie, lub niedowład o charakterze spastycznym, ten niedowład jest zawsze heterolateralnym, z wyjątkiem nielicznych w literaturze opisanych wypadków niezupełnego skrzyżowania piramid. Przy schorzeniach półkul móżdżkowych napotykamy zaburzenia ruchowe homolateralne. Zaburzeń tych nie można objąć nazwą niedowładu, gdyż w móżdżku, jak to wykazał Bárány w doświadczeniach fizjologicznych, a jak i dziś widzimy z doświadczenia klinicznego, znajdują się dla każdego stawu kończyn tylko ośrodki toniczne dla mięśni, wykonujących ruchy, i to w czterech kierunkach. Przy zniszczeniu poszczególnych tych ośrodków występują zaburzenia napięcia w poszczególnych mięśniach, powodujące bezład, a niedowład kończyn. Nazwa hemiastenji, proponowana przez Borowieckiego dla bezładu móżdżkowego, nie wydaje się Rosemu odpowiednią, gdyż podstawą tego bezładu jest, jak to wykazał Bárány, nie osłabienie mięśni (astenia), lecz porażenie napięcia. Możnaby raczej mówić o atonii.

2) Kol. Borowiecki w odpowiedzi zaznacza, że nie uważa sprawy niedowładu nieskrzyżowanego za tak prostą, jasną i przesądzoną; przeciwnie uważa, że powinno to być przedmiotem dalszych dociekań. Co się zaś tyczy stanowiska Báranyego, to uważa je za bardzo pomysłowe, ale wymagające sprawdzenia na licznym materyale kazuistycznym, sprawdzonym sekcyjnie. Jako przykład przytacza B. przypadek przez siebie spostrzegany, w którym guz płatu czołowego dał objaw samoistnego zbaczania po tejże stronie. B. obstaje przy nazwie astenii, ponieważ ta jest łatwiejszą do stwierdzenia, niż atonia.

VIII. Posiedzenie naukowe z dnia 25. II. 1920 r.

Przewodniczy prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 63 członków.

I. Prezes poświęca gorące wspomnienie ś. p. kol. Dr Władysławowi Filipkiewiczowi i proponuje wysłać list kondolencyjny do wdowy. Przyjęto wniosek ten jednogłośnie i uczczono pamięć Zmarłego przez powstanie.

II. Prof. Lewkowicz wygłasza odczyt p. t. **Nowe sposoby badania i zagadnienia lecznicze przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji stwierdza kol. Kostrzewski, że metoda leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowych, wprowadzona przez prof. Lewkowicza, przysparza różnorakie zdobycze: 1) Stosowanie surowicy dokomorowo daje wyniki lepsze, niż podawanie jej innym sposobem. 2) Badania płynu mózgowordzeniowego stwierdzają fakta, dotychczas w fizjologji i patologji krążenia płynu mózgowordzeniowego zupełnie nieznane. 3) Badania płynu mózgowordzeniowego, przeprowadzone w ciągu leczenia, ukazują patogenezę nagminnego zapalenia opon mózgowych w zupełnie nowem świetle. 4) Sama metoda, jako taka, jest jedyną w całej dziedzinie seroterapii pod względem ścisłości dawkowania surowicy i pod względem warunków działania surowicy swoistej na zarazki chorobowe. Z tych więc powodów metoda ta jest uprawniona do rozstrzygnięcia obecnie w nauce roztrząsanego pytania, czy nasze pojęcia o działaniu leczniczem surowic swoistych są słuszne. Fakta, które prof. Lewkowicz przytacza w drugiem swojem doniesieniu: »Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon« (Przegląd lek. 1917) świadczą o tem, że lecznicze działanie surowic zdaje się polegać nie na swoistych jej własnościach.

Sprawy zawodowe.

Lekarze dla żołnierzy. Z Ministerstwa zdrowia publicznego otrzymały Izba lekarska i Towarzystwo lekarskie w Krakowie następujące pismo: »Wiemy o tem wszyscy, że żołnierze mieć muszą to głębokie przeświadczenie, że losem ich interesuje się ogół, że kraj o nich pamięta, że czyny ich znajdują oddźwięk w sercach ogółu. Dlatego społeczeństwo całe, a tem samem i oddzielne jego odłamy, a więc i społeczność lekarska, utrzymywać winny związek z żołnierzami na froncie, aby żołnierze ci odczuwali, że z nimi jest cały naród w łączności. Z tych powodów proponuję, aby lekarze zrzeszeni w Towarzystwa, Stowarzyszenia, Związki zawodowe, opodatkowali się drogą składek dobrowolnych miesięcznych na rzecz żołnierza na froncie. Za pieniądze, w ten sposób złożone, nabywane byłyby przedmioty i rzeczy w celu rozdawania ich żołnierzom na froncie w imieniu zrzeszeń lekarskich. Prócz tego składane być mogą i powinny przedmioty i rzeczy w naturze (bielizna, papierosy, pewne produkty spożywcze i t. d.). Dostarczaniem tych przedmiotów i rzeczy zajmą się specjalne organizacje do tego powołane. Lekarze tworzyć mogą oddzielne Koła i tak w dniu dzisiejszym powstało pod moim przewodnictwem Koło lekarzy Ministerstwa zdrowia publicznego. Ufny w to, że propozycja moja znajdzie odgłos wśród lekarzy zrzeszonych w Stowarzyszeniu (Towarzystwie), zwracam się z prośbą do Zarządu o zakomunikowanie członkom Towarzystwa projektu Ministerstwa zdrowia publicznego. Minister: w. z. Chodźko, podsekretarz Stanu. 7. lipca 1920 roku«. Stosownie do tej odezwy zaprasza Izba lekarska krakowska wszystkich kolegów do udziału w tej akcji. Pieniądze najlepiej nadsyłać wprost do Izby lekarskiej (Radziwiłłowska 4) naraz z góry za pewien okres (n. p. 3 miesiące, pół roku i t. d.), podając wysokość swej miesięcznej składki. — Prezydent Izby: Dr Schoengut-Strzemieński.

Telefony lekarskie nie będą mieć opłaty zniżonej. Na ponowne starania Izby lekarskiej krakowskiej o obniżenie taryfy odpowiedziało Ministerstwo poczt odmownie, podając za powód, że »niema żadnej podstawy prawnej« dla takich ulg.

Izba lekarska krakowska prosi wszystkich kolegów, do jej okręgu przynależnych, aby celem regiestracji podali Izbie lekarskiej, jakie kwoty podpisali na pożyczkę państwową.

Kurs dla kandydatów na lekarzy szkolnych odbędzie się w Krakowie od 15. X. do 15. XII. 1920. Kurs będzie bezpłatny, a przyjęci na kurs otrzymają djety i zwrot kosztów podróży. Podania o przyjęcie na kurs należy wnosić do 10. września b. r. do Rady szkolnej krajowej we Lwowie (szczegóły w inseratach w tym zeszycie »Przeglądu lek.«).

Wiadomości bieżące.

Z Uniwersytetów. Dr Kazimierz Bocheński habilitował się we Lwowie z zakresu położnictwa i ginekologji.

Komitet lekarski francusko-polski w Krakowie zawiadamia na podstawie korespondencji, przeprowadzonej przez prof. Dr K. W. Majewskiego, że redakcja »Revue génér. d'ophthalmologie« (Prof. Dr Gourfein, Geneve, 25 Quai du Mont Blanc), gotowa jest swe czasopismo wysyłać okulistom polskim na kredyt, dopóki stosunki walutowe się nie poprawią. Zgłaszać się można wprost do prof. Gourfein lub do Komitetu (Kraków, ul. Czysta 16).

Choroby zakaźne. Kraków. Od 20. VI. do 17. VII. przybyło przypadków: duru plamistego 68 († 9), brzusznego 10 † 2, powrotnego 20, czerwonki 38 † 4, płonicy 50 † 6, błonicy 10 † 4, zapalenia opon 7, ospy 2, śpiączki letarg. 2 † 1. — Łódź od 27. VI. do 24. VII.: dur plamisty 46 † 14, brzuszny 69 † 16, powrotny 4, czerwonka 191 † 28, płonica 181 † 49, błonica 8, zapalenie opon 5 † 3, gruźlica † 110.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1920:

Gazeta lekarska Nr 23: Pawiński: Ś. p. Rybiński. — F. K. Cieszyński: Typhobacillose Landouzy'ego.

Lwowski Tygodnik lekarski Nr 7.: Schramm: Ś. p. Rydygier. — Warchoł: Przyczynek do znajomości torbieli sieciowych i krezkowych.

Lekarz wojskowy Nr 20—23.: Wachtel: Operowanie pocisków uwięźniętych przy pomocy promieni Roentgena. — Kończacki: Kilka zagadnień z zakresu taktyki sanitarnej. — Szarecki: Kilka uwag praktycznych dla młodych kolegów chirurgów, pracujących na froncie. — Nelken: Alkohol i przestępstwa w wojsku podczas wojny. — Węgłowski: Ciała obce w przełyku i zasady ich usuwania. — Szerszyński: Przetaczanie krwi w świetle badań lat ostatnich. — Szymanowicz: Przyczynek do wczesnej operacji postrzałów przewodu pokarmowego. — Kon: O wykrywaniu i znaczeniu krwi utajonej w stolcach. — Składkowski: Lekarz bataljonowy.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego. Rok III. Nr 3: (w dziale nieurzędowym) Kopczyński: Co mówią cyfry w sprawie przeciążenia młodzieży w szkołach. — Gawlowski: Kąpiele ludowe, jako czynnik zdrowotności publicznej. — Jaroszyński: Program higieny dla nauczycieli.

Wychowanie fizyczne Z. 3.—4.: Kopczyński: Nadzór lekarski nad szkołami i ruch higieniczno-szkolny w Polsce. — Jaroszyński: Z psychologji sportu i ćwiczeń fizycznych.

Zagadnienia rasy Nr 8.: Boguszewski: Badanie ruchu ludności w Polsce, w szczególności związków małżeńskich. — Miklaszewski: Dziedziczność bezpośrednia jako czynnik rozwoju dziecka. — Mikulski; Niezbędność reform prawodawczych w stosunku do niektórych zboczeń popędu płciowego. — Walter: Stan szpitalnictwa dla chorych wenerycznych w Galicji zachodniej. — Wiśniewski: Drugie 10-lecie ambulatorjum chorób skórn. i wener. w Warszawskim szpitalu ewangielickim.

Bibliografia.

Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. (Monachium, J. F. Lehmann). Czerwiec. (Cena 3 marki niem.). Zawiera rozprawy prof. Kleinschmidta: »Serce i układ naczyniowy przy zaburzeniach odżywiania u osesków« oraz »Wzrost i rozwój dziecka w wieku szkolnym«, prof. Finkelsteina: »O kilku ważnych dermatozach w wieku dziecięcym« i prof. Reyhera: »Rentgenologja w zakresie pediatrji«.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

RADA SZKOLNA KRAJOWA. Lwów, dnia 20. lipca 1920.
L. 13.628 IV

Ogłoszenie.

Kurs dla kandydatów na lekarzy szkolnych.

W celu przygotowania zespołu lekarzy szkolnych dla szkół ludowych, seminarjów nauczycielskich i szkół średnich, urządza Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, za inicjatywą Rady szkolnej krajowej, dwumiesięczny kurs dla kandydatów i kandydatek na te stanowiska.

Kurs odbędzie się pod kierownictwem prof. Dr S. Ciechanowskiego w czasie od 15. października do 15. grudnia b. r. z następującym programem:

1. Propedeutyka pedjatrji. Doc. Dr W. Bujak. 28 godzin.
2. Ambulatorjum pedjatryczne. Doc. Dr W. Bujak. 20 godz.
3. Stomatologja szkolna. Prof. Dr W. Łepkowski. 18 godz.
4. Okulistyka szkolna. Prof. Dr K. Majewski i Doc. Dr T. Kleczkowski. 18 godzin.
5. Otjatrja szkolna. 6 godzin.
6. Dermatologja szkolna. Prof. Dr J. Lenartowicz. 18 godz.
7. Ortopedja szkolna. Dr M. Kosiński. 12 godz.
8. Psychopatologja szkolna. Prof. Dr J. Piltz i Doc. Dr S. Borowiecki. 12 godz.
9. Walka z gruźlicą. Doc. Dr T. Janiszewski. 4 godz.
10. Alkoholizm i nikotynizm. Prof. Dr J. Piltz i Doc. Dr S. Borowiecki 4 godz.
11. Pomoc doraźna. Dr K. Michejda. 8 godz.
12. Odżywianie i dietetyka. Doc. Dr W. Bujak. 6 godzin.
13. Higjena szkolna. Doc. Dr M. Gieszczykiewicz. 20 godz.
14. Higjena zawodu nauczycielskiego. Doc. Dr J. Nowaczyński. 3 godziny.
15. Opieka społeczna. Dr F. Wessely. 10 godzin.
16. Statystyka. Dr F. Wessely. 4 godziny.
17. Wychowanie fizyczne i harcerstwo. Dr M. Tokarski i prof. Z. Wyrobek. 24 godzin.
18. Zarys psychologji. Dr M. Zieliński. 18 godzin.
19. Zarys pedagogiki praktycznej i doświadczalnej. Prof. Dr J. Jakóbiec.
20. Organizacja pracy lekarza szkolnego. Doc. Dr W. Bujak. 4 godziny.

Wykłady, zajęcia praktyczne, wycieczki do szkół i zakładów opiekuńczych i t. p. będą odbywać się w godzinach przed i popołudniowych.

Od lekarzy (rek), którzy (re) zechcą wziąć udział w kursie wymaga się:

1. Obywatelstwa polskiego, 2. doktoratu wszech nauk lekarskich uprawniającego do praktyki lekarskiej, 3. świadectwa zdrowia, wystawionego przez lekarza urzędowego, 4. nieprzekroczonego 35 roku życia.

Obowiązkiem przyjętych na kurs będzie uczęszczac regularnie na urządzone dla nich wykłady i ćwiczenia praktyczne i złożyć kollokwja z przedmiotów, które nie będą wykładane praktycznie (wyliczonych pod 13, 15, 17, 18, 19 i 20), przed Komisją egzaminacyjną Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, poczem otrzymają świadectwa ukończenia kursu.

Celem ułatwienia lekarzom (kom) udziału w kursie, Rada szkolna krajowa udzieli przyjętym na kurs diet dziennych (60 Mk. i pokryje im koszta podróży.

Podania o przyjęcie na kurs należy wnosić z szczegółowem curriculum vitae, do dnia 10. września b. r. do Rady szkolnej krajowej (departament IV) we Lwowie ul. Karmelicka 4. 256

KONKURS.

Wydział powiatowy w Myślenicach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Dolnej wsi ad Myślenice z płacą roczną 980 Mk., z dodatkiem wojennym miesięcznym po 70 Mk., z ryczałtem na objazdy w rocznej kwocie 560 Mk. i 50% dodatkiem wojennym do ryczałtu.

Lekarzowi okręgowemu przysługuje prawo do emerytury po myśli ustawy z dnia 12 maja 1909 Nr 68 dz. u. kr.

Podania o posadę należy wnosić do Wydziału powiatowego w Myślenicach do końca sierpnia 1920.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Sekretarz: *W. Śmietana.* Prezes: *W. Bzowski.* 255



Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Należytość pocztowa gotówką uiszczona
Rok LIX.

Nr 9.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp.; nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce Mkp. 3·—, w nadesłanem Mkp. 4·—, w tekscie Mkp. 5·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 42·—.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 3·50.

Zapiski lecznicze z Kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell.

Stosowanie salwarsanu przy zgorzeli i ropniu płuc, rozszerzeniu i cuchnącym nieżycie oskrzeli

podał

Dr Tadeusz Tempka, asystent kliniki.

Wymienione w nagłówku cierpienia należą do tych schorzeń, które wiele trudu sprawiają lekarzowi i wystawiają na znaczną próbę cierpliwość tak jego, jak i chorego. Dowodem naszej do pewnego stopnia bezsilności w tym względzie jest cały szereg leków, zalecanych przeciw tym chorobom, stosowanych wewnętrznie, względnie w postaci wdychiwań, zwłaszcza za pomocą maski Curschmanna. Próbowano nadto i środków mechanicznych, jak układanie chorych sposobem Quinckego lub wywieranie na klatkę piersiową miarowego ucisku podczas wydechu, celem spowodowania jak najobfitszego wydalania plwociny. Wspomnieć nadto należy o całem ogólnem leczeniu, mającem na celu podtrzymanie sił chorego. Ze wszystkich tych środków najskuteczniejszą jest zapewne sama odporność danego ustroju. Nic dziwnego, że wobec niedostatecznego działania naszych środków leczniczych zachowawczych, zaczęto te choroby leczyć chirurgicznie. Stosowano więc wycięcie tej części płuca, gdzie znajdowały się rozszerzenia oskrzeli, podtrzymujące uporczywy cuchnący nieżyt błony śluzowej zajętego oskrzela[1]), nadto starano się sprowadzić zapadnięcie rozszerzeń oskrzelowych zapomocą sztucznej odmy opłucnej[2]), wreszcie przy zgorzeli, względnie ropniu płuca dokonywano nacięcia płuca i otwarcia ogniska chorobowego, a R. Staehelin[3]) stawia tak rozległe wskazanie dla leczenia chirurgicznego zgorzeli i ropnia płuc, że dla internisty pozostaje bardzo skąpy zakres działania. Co do leczenia chirurgicznego musimy uwzględnić trudność, lub czasem niemożność dokładnego oznaczenia siedziby ogniska chorobowego, nadto musimy uwzględnić, że sztuczną odmę opłucną możemy stosować z pomyślnym wynikiem tylko przy jednostronnem usadowieniu się rozszerzenia oskrzeli, i to w świeżych przypadkach, gdzie zrosty i silne nacieki nie utrudniają jeszcze zapadnięcia się ścian rozszerzonego oskrzela. Jeżeli wreszcie uwzględnimy, że chorzy dostają się w ręce lekarza bardzo często w posuniętym okresie, gdzie zgorzel płuca (a o nią chodzi tu przedewszystkiem) wywołała już objawy ogólnego zatrucia, które rokowanie co do wyniku zabiegu znacznie pogarsza, i że wreszcie sam zabieg niema bezpośredniego wpływu na czynnik zakaźny, to musimy przyznać, że leczenie chirurgiczne tych cierpień ma dosyć stron ujemnych.

Dlatego też usprawiedliwione zaciekawienie zwróciły na siebie bardzo na razie nielicznie ogłoszone przypadki, przedewszystkiem zgorzeli płuc, gdzie uzyskano szybkie i całkowite wyleczenie przez zastosowanie śródżylne salwarsanu. Środek ten należy do tej grupy uniwersalnych leków, które stosowano już, z wyjątkiem złamań, przeciw wszelkim sprawom chorobowym; dlatego też i tutaj należy oceniać jego działanie bardzo ostrożnie. Jednakże ogłoszone w piśmiennictwie spostrzeżenia, a nadto i moje własne są tego rodzaju, że uważam sobie za obowiązek przedstawić je tu w krótkości.

Pierwszym, który wprowadził salwarsan do leczenia zgorzeli płuc, był Brauer[4]). Gross[5]) już w r. 1916 wspomina o dobrych wynikach uzyskanych tym sposobem leczenia, a w ubiegłym roku przytoczył nowy przypadek ostrej zgorzeli płuca, wyleczony salwarsanem; twierdzi przytem, że do tego leczenia nadają się przedewszystkiem świeże przypadki, zwłaszcza te, gdzie w plwocinie znajdują się w większej ilości krętki. Hirsch[6]), opierając się na tych dodatnich wynikach, zastosował salwarsan w dwu przypadkach ropnia płuc i w dwu przypadkach rozszerzeń oskrzelowych, uzyskując w pierwszym przypadku ropnia zupełne wyleczenie zapomocą ogólnej dawki 2·25 gr. podanej w ciągu 29 dni, w drugim zaś przypadku znikły wszystkie prawie objawy już po pierwszej dawce 0·15 gr. W pierwszym przypadku rozszerzenia oskrzeli uzyskał, stosując śródżylnie w ciągu niespełna 2 miesięcy 1·2 gr. neosalwarsanu, zupełne zniknięcie plwociny i ogólną poprawę, a badanie fizyczne i rentgenologiczne, przedsięwzięte w pół roku po ostatniej dawce, dało zupełnie ujemny wynik. W drugim przypadku rozszerzenia oskrzelowego nastąpiła znaczna poprawa po łącznej dawce 2·1 gr. neosalwarsanu. Becher[7]) przytacza przypadek zgorzeli płuca powstałej na tle grypowego zapalenia płuca, gdzie już po pierwszej dawce (0·6 gr. neosalwarsanu) w ciągu paru dni znikła całkowicie cuchnąca plwocina, która przed rozpoczęciem leczenia dochodziła do 200 cm³ na dobę; natomiast zagęszczenie płuca tylko nieznacznie się zmniejszyło. Drugi przypadek Bechera dotyczy przewlekłego, rozlanego, niecuchnącego nieżytu oskrzeli, powstałego w następstwie grypy z plwociną śluzoworopną, dochodzącą do 200 cm³ na dobę; już w 2 dni po pierwszem wstrzyknięciu zaczęła ilość plwociny gwałtownie opadać, a w ciągu dwu tygodni zniknęła prawie zupełnie.

Moje spostrzeżenia odnoszą się do trzech przypadków, mianowicie do zgorzeli płuca, rozszerzenia oskrzeli i przewlekłego cuchnącego nieżytu oskrzeli.

I. przypadek. Mężczyzna l. 57. Od 3 tygodni bóle w boku prawym, gorączka, brak apetytu i odkrztuszanie cuchnącej plwociny; choroba miała się rozpocząć powoli, przedtem przebył grypę. Badanie w dniu przyjęcia chorego stwierdziło, co następuje: Odżywienie dobre, ciepłota 37·6° C., liczba oddechów 24 na minutę; nad prawą stroną klatki piersiowej w tyle od grzebienia łopatki w dół zupełne stłumienie, drżenie głosowe i szmery oddechowe osłabione. Nakłucie opłucnej dało wynik ujemny. Plwocina w ilości dobowej 200 cm³ okazuje wszystkie cechy plwociny posokowatej. Chory otrzymał śródżylnie ogólną dawkę 1·9 gr. neosalwarsanu. W 24 godzin po pierwszem wstrzyknięciu znikła cuchnąca woń plwociny, ilość zaś jej spadła do 50 cm³ na dobę. Po drugiej dawce (taksamo jak i pierwsza 0·6 gr.) plwocina wynosiła 20—30 cm³ na dobę, ciepłota stale prawidłowa, łaknienie i sen prawidłowe. Dla wszelkiej pewności dałem jeszcze 0·7 gr. Badanie rentgenologiczne, które w pierwszym dniu pobytu chorego w klinice stwierdziło zupełne przyćmienie płuca prawego z wyjątkiem szczytu, wykazuje po drugiej dawce ognisko dwa razy mniejsze, nieznacznie przyćmione. Gdy chory opuszczał klinikę w miesiąc po ostatniej dawce neosalwarsanu, było w dole płuca prawego z tyłu nieznaczne stłumienie na wysokości 4 cm, mniejsza przesuwalność dolnej granicy płuca i lekkie osłabienie szmerów. Poza tem ani przedmiotowych ani podmiotowych zmian nie można było stwierdzić. Rozlane ognisko zgorzelinowe, powstałe prawdopodobnie w następstwie grypy, wyleczone zupełnie śródżylnemi wstrzykiwaniami neosalwarsanu w łącznej dawce 1·9 gr. podanej w ciągu 15 dni. Jako jedyne następstwo pozostały nieznaczne zrosty opłucne.

II. Przypadek: Dziewczyna l. 18; przed 2 miesiącami przebyła lewostronne zapalenie płuc. Od miesiąca nie gorączkuje, natomiast odczuwa bóle w boku lewym, łaknienie upośledzone. Odpluwa dużo, bardzo często wielkie ilości naraz, zwłaszcza gdy leży na boku lewym. Badanie w dniu przyjęcia stwierdziło: Odżywienie liche, skóra blada, końcowe członki palców rąk wyraźnie zgrubiałe pałeczkowato. Ciepłota prawidłowa. Nad lewą stroną klatki piersiowej z tyłu od 6. kręgu piersiowego w dół stłumienie, z odcieniem bębenkowym. Górna granica stłumienia biegnie skośnie ku przodowi, schodząc się ze stłumieniem serca; nad stłumieniem szmery oskrzelowe, częścią nieoznaczone, liczne świsty i rzężenia średnio i grubobańkowe. Plwocina w ilości dobowej 200 cm³, śluzoworopna, lekko cuchnąca, układa się w 3 warstwy. Mikroskopowo nie stwierdziłem nigdy włókien sprężystych, ani cząstek utkania płucnego, z drobnoustrojów znalazłem w przeważającej ilości gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc, zaś krętki w bardzo skąpej ilości. Prątków Kocha nie dało się nigdy zauważyć; białko było stale obecne. Odczyn Wassermanna ujemny. Chora dostała w ciągu 25 dni pięć dawek salwarsanu sodu w łącznej ilości 2·1 gr. W ciągu sześciu dni po pierwszej dawce ilość plwociny spadła do 5 cm³, później jednak, mimo dalszych dawek, zwiększyła się do średniej ilości 50 cm³ na dobę z wahaniami od 100 do 15 cm³. We dwa tygodnie po ostatniem podaniu salwarsanu opuściła chora klinikę z plwociną w ilości 20 cm³ na dobę; stłumienie utrzymywało się jeszcze tylko na przestrzeni dłoni w okolicy dolnego kąta lewej łopatki i tutaj też stale było słychać szmery oskrzelowe i nieoznaczone i średnio obfite rzężenia średnio i grubobańkowe, niekiedy zaś po odkrztuszeniu większej ilości plwociny występowały szmery o charakterze dzbanowym, co wszystko potwierdzało rozpoznanie rozszerzenia oskrzeli. Obraz rentgenologiczny, który z początku wykazywał rozlane zaciemnienie lewego dolnego płatu, przedstawiał po ukończeniu leczenia zaciemnienie, odpowiadające kształtem i położeniem stłumieniu. Było tu więc rozszerzenie oskrzeli, powstałe prawdopodobnie ostro w następ-

[1]) Leser: Die spezielle Chirurgie. Str. 295.
[2]) Unverricht: B. kl. W. Nr 22, 1919.
[3]) Handbuch d. inn. Med. II. Bd. Str. 462.
[4]) Mohr Staehelin: Handbuch d. inn. Med. II. Bd.
[5]) Ther. d. Gegenw. 1916. Heft 12. i M. m. W. 1919. Nr 31.
[6]) Ther. d. Gegenw. II. Heft 1920.
[7]) Med. Klin. Nr 14. 1920.

stwie zapalenia płuc; przypadek ten pod wpływem leczenia salwarsanem uległ poprawie, cechującej się w pierwszym rzędzie znacznem zmniejszeniem się ilości plwociny, a nadto poprawą łaknienia; woń plwociny lekko mdła pozostała i nadal, waga ciała nie zwiększyła się. Ciepłota była prawidłowa i przed rozpoczęciem leczenia.

III. przypadek: Kobieta l. 25. Przed rokiem przebyła grypę z prawostronnem zapaleniem płuc i od tego czasu stale odpluwa plwocinę cuchnącą; mimo leczenia sprawa trwa od roku bez zmiany. Badanie chorej przed rozpoczęciem leczenia dało następujący wynik. Odżywienie dobre, ciepłota prawidłowa; po prawej stronie klatki piersiowej w tyle i dole nieznaczne stłumienie na szerokość 4 palców, granica płuca nieruchoma, drżenie głosowe i szmery oddechowe w tem miejscu nieco osłabione, nadto słyszalne nieliczne świsty; rzężenia średniobańkowe niedźwięczne. Jama ust, nosa i gardła i inne narządy bez zmian. Plwocina w ilości dobowej 60 cm^3, niezbyt silnie lecz wyraźnie cuchnąca, układa się w 3 warstwy. Mikroskopowo stwierdzono przeważnie ziarenkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc i skąpe krętki; prątków Kocha niema. Białko surowicze stale obficie obecne. Chora odpluwa plwocinę często, a w drobnych ilościach. W ciągu miesiąca zastosowałem śródżylnie 1·6 gr. salwarsan-sodu w pięciu dawkach od 0·3—0·45 gr. Po pierwszej dawce ilość plwociny spadła do 30 cm^3, a plwocina stała się daleko mniej cuchnącą, co zaraz stwierdziło otoczenie. Również zniknęły z plwociny skąpe krętki. Po ostatniej dawce ilość plwociny wynosiła około 20 cm^3 na dobę, plwocina stała się bezwonna i nie układała się w warstwy. Cuchnący, przewlekły nieżyt oskrzeli, powstały w następstwie zapalenia płuc, uległ po zastosowaniu śródżylnem 1·65 gr. salwarsanu-sodu znacznej poprawie, cechującej się ustąpieniem cuchnącej woni plwociny, trzechkrotnem jej zmniejszeniem się i utratą skłonności do układania się w warstwy.

Jeżeli zestawimy tak zebrane z piśmiennictwa, jak i moje spostrzeżenia, musimy przedewszystkiem stwierdzić nader dobre wyniki, uzyskane tym sposobem leczenia. Nadto na zaznaczenie zasługuje okoliczność, że lepsze wyniki, bo zupełne wyleczenie, uzyskujemy łatwiej w najcięższem ze schorzeń tu omawianych, a mianowicie w zgorzeli i ropniu płuc, zaś przy rozszerzeniach i nieżycie cuchnącym oskrzeli mniej lub więcej posuniętą poprawę; wobec małej ilości opisanych przypadków spostrzeżenie to niema, przynajmniej na razie, większego znaczenia. Co się tyczy samego sposobu działania salwarsanu, sądzę, że trudno zgodzić się z zapatrywaniem Bechera (7), jakoby chodziło tutaj wobec różnorodności drobnoustrojów, o działanie salwarsanu nie na same drobnoustroje, tylko na tkanki, przyczem nie wiadomo, na czemby według niego ten wpływ miał polegać. Przemawia przeciw temu naprzód ta okoliczność, że przy zgorzeli płuc już w dobę po wstrzyknięciu salwarsanu znika zupełnie, lub w bardzo znacznym stopniu cuchnienie plwociny, co trudno zrozumieć bez przyjęcia działania salwarsanu na same drobnoustroje. Także i różnorodność drobnoustrojów, spotykanych w tych chorobach, niczego nie dowodzi, bo równie silne działanie salwarsanu, jak przy zakażeniu krętkami bladymi, spotykamy i przy zakażeniu krętkami Obermayera, pasorzytami trzeciaczki i przy zapaleniu gardła Plauta-Vincenta.

Oczywiście, że na podstawie tych nielicznych dotychczas ogłoszonych przypadków trudno wyciągnąć daleko idące wnioski: dopiero dalsze liczniejsze spostrzeżenia określą jasno wartość tego sposobu leczenia chorób tu omawianych. Uwzględniając jednak z jednej strony prostotę techniki stosowania salwarsanu, przyczem jako ważną okoliczność należy podnieść, że dokładne oznaczenie siedziby ogniska chorobowego nie odgrywa roli, z drugiej zaś ujemne strony leczenia chirurgicznego wyżej wspomniane, a nadto niepomyślną statystykę przypadków leczonych tak dotychczasowymi środkami zewnętrznymi jak i operacyjnie (według statystyki szpitali berlińskich od r. 1897—1900 (4), widzimy, że śmiertelność przypadków zgorzeli płuca leczonych wewnętrznie wynosiła 64·6%, wyleczeń zaś było 7·5%; przy leczeniu chirurgicznem zaś śmiertelność wynosiła 40·8%. względnie 26·8%, o ile się uwzględnia tylko te przypadki, gdzie pneumotomię wykonano należycie), — powinniśmy w każdym przypadku zgorzeli i ropnia płuc zastosować salwarsan, zanim tych chorych oddamy w ręce chirurga.

Studja eksperymentalne i krytyczne nad patogenezą śmierci z oparzenia

podał

Dr Jan Olbrycht.

Z zakładów: patologji ogólnej i eksperymentalnej (Prof. Dr Karol Klecki) i medycyny sądowej (Prof. Dr Leon Wachholz) Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

(Dokończenie).

O ile wogóle na podstawie tych kilkunastu przypadków sądzić wolno, odnosi się wrażenie, że nasilenie przekrwienia nadnerczy u osób oparzonych zależy od rozległości oparzenia i od wieku osobnika oparzonego. W naszych przypadkach okazywały najwybitniejsze zmiany w układzie naczyniowym nadnercza z przypadków bardzo rozległych oparzeń i u osób młodych. Te najsilniejsze zmiany w ukrwieniu nadnerczy u dzieci oparzonych potwierdzały już także makroskopowe spostrzeżenia z lat wojennych, które, jak wspomniano, pozwalały stwierdzić wybroczyny i krwiaki właściwie tylko u młodych osób.

Zachodziłoby pytanie, czy możnaby — idąc za wywodami tych autorów (Weidenfeld, Zumbusch, Pfeiffer i inni), którzy tłómaczą większą, a oddawna już znaną wrażliwość dzieci na oparzenie stosunkami powierzchniowymi — brać w rachubę tylko sam pierwszy czynnik, t. j. rozległość oparzenia. Badania tych autorów stwierdziły, że w śmierci z oparzenia odgrywa wielką rolę wśród innych czynników stosunek spalonej, względnie oparzonej powierzchni do wielkości ciała. Z umieszczonej zaś poniżej tablicy Vierordta, wziętej z pracy Weidenfelda, wynika, że »noworodek posiada w porównaniu do 1 kg. ciężaru ciała prawie trzy razy tak duży narząd skórny (Hautorgan), jak u dorosłego«. Stąd zrozumieć można, mając stale na uwadze tak ważny moment dla oparzenia, jakim jest stosunek między ilością oparzonej tkanki a masą ciała, że oparzenie n. p. 1/4 powierzchni ciała u dziecka musi wywołać o wiele cięższe schorzenie, niż u dorosłego. Powyższe przypuszczenie potwierdzają także spostrzeżenia licznych autorów u rozmaitych gatunków zwierząt. Im mniejsze zwierzę, tem gorzej znosi oparzenie tak samo wielkiej powierzchni ciała. Tak n. p. zejście śmiertelne przy oparzeniu połowy ciała następuje u świnki morskiej caeteris paribus szybciej, niż u królika, u królika szybciej, niż u psa i t. d. (Pfeiffer).

Stosunek powierzchni ciała do wagi ciała u człowieka (według Vierordta: Daten und Tabellen. 1893):

Wiek	Ciężar ciała	Powierzchnia ciała	Powierzchnia (w cm^2) na kg. wagi
1 dzień	3·2 kg.	2599 cm^2	812 cm^2
6 miesięcy	7·0 »	4381 »	626 »
1 rok	9·0 »	5181 »	575 »
2 lata	11·3 »	6028 »	533 »
4 »	14·2 »	7020 »	495 »
7 lat	19·1 »	8552 »	450 »
10 »	24·5 »	10092 »	412 »
12 »	29·8 »	11505 »	386 »
14 »	38·6 »	13676 »	354 »
25 »	62·9 »	18936 »	301 »

Następną charakterystyczną zmianą w nadnerczach osób zmarłych z oparzenia jest zmniejszenie się, a nawet zniknięcie lipoidów. Stwierdzić się ono dawało badaniem chemicznem, mikroskopowem i zapomocą mikropolaryzatora. Występowało ono dość wcześnie, bo nawet w przypadkach, kończących się śmiercią po upływie doby od oparzenia, dawało się nieraz stwierdzić zmniejszenie się lipoidów. Znikały one najpierwej z warstwy pasmowej kory.

Co się tyczy zmian wstecznych, to występowały one najczęściej w okolicy wylewów krwawych w postaci zwyrodnień miąższowych komórek, a także zmian martwiczych. Zwyrodnienie miąższowe komórek uwidacznia się na preparatach świeżych najlepiej przy przyćmieniu pola widzenia, wówczas bowiem protoplasma komórek przedstawia się ziarnista, przyćmiona. W preparatach zatopionych komórki barwią się gorzej, zwłaszcza jądra komórkowe barwią się niewyraźnie lub wogóle nie barwią się hematoksyliną. W kilku przypadkach znajdowały się w korze, w jej warstwie kłębkowej i pasmowej, tudzież na pograniczu obu substancyj duże, jednolite ogniska martwicze. Zmiany te występowały najwybitniej w przypadkach starszych, w których między oparzeniem a śmiercią upłynął już dłuższy przeciąg czasu. W przypadkach tych można było także stwierdzić drobnokomórkowe nacieki. Występują one wśród kory, najczęściej na granicy obu substancyj. Być może, że podnoszone przez Hornowskiego jako

charakterystyczne dla oparzenia szybkie pośmiertne rozmiękanie substancji rdzeniowej nadnerczy, które zresztą w naszych przypadkach dość rzadko dawało się stwierdzić, możnaby odnieść do zmian martwiczych przyżyciowych, a nie uważać go za sprawę czysto pośmiertną.

Badanie w kierunku zachowania się substancji chromochłonnej, przeprowadzone w 11 przypadkach, wykazało naogół jej zmniejszenie się, a nawet w kilku przypadkach zupełny jej brak. Najczęściej obraz drobnowidowy preparatów chromowanych przedstawiał się w ten sposób, że po całej substancji rdzeniowej nadnerczy były porozrzucane bezładnie nieliczne komórki, barwiące się albo prawidłowo ciemno-brunatno albo tylko bladobronzowo. Komórek tych zazwyczaj było niewiele, czasem w licznych skrawkach wogóle nie można się ich było dopatrzeć; w niektórych komórkach stwierdzono wakuole. W dwóch przypadkach (XII, XV) dawały się stwierdzić brunatnawe masy substancji chromochłonnej także w naczyniach. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego (X), równocześnie ze zmniejszeniem się substancji chromochłonnej dawało się stwierdzić także przekrwienie i wylewy krwawe w nadnerczach. Natomiast nie można było we wszystkich przypadkach, które okazywały zmniejszenie się substancji chromochłonnej, wykazać także zmniejszenia się lipoidów, aczkolwiek nieraz znowu zdarzały się przypadki, gdzie obu tych substancyj nie można było wykazać.

Ponieważ nadnercza w tej grupie można było dobyć ze zwłok ludzi w rozmaicie długi czas po śmierci, więc nie istniały te same warunki i nie był wykluczony zarzut, że słabsze chromowanie się komórek i inne delikatniejsze zmiany możnaby w niektórych przypadkach kłaść na karb zmian pośmiertnych. Celem usunięcia tego możliwego źródła błędów przystąpiłem z kolei do badań doświadczalnych na zwierzętach.

2. Grupa badań.

Grupa ta obejmuje badania doświadczalne, dokonane na zwierzętach w celu dokładnego stwierdzenia zmian histopatologicznych nadnerczy po oparzeniu tak co do rozległości i natężenia oparzenia, jak i co do długości czasu, jaki upłynął między oparzeniem a śmiercią zwierzęcia przy jednakowych warunkach technicznych. W badaniach tych zwracałem szczególną uwagę na zachowanie się komórek chromochłonnych substancji rdzeniowej nadnerczy, które wedle dość ogólnie przyjętego zapatrywania są elementami czynnymi w wytwarzaniu adrenaliny. Przed każdem doświadczeniem z oparzeniem zwierzęcia wykonywałem stale kontrolne doświadczenie na zwierzęciu tego samego gatunku i ile możności tego samego wieku, sprowadzając jego śmierć w inny szybki sposób (najczęściej przez otrucie sinkiem potasu, który wstrzyknięty śródsercowo lub śródżylnie zabija zwierzę prawie natychmiast), a to celem poznania prawidłowych stosunków w nadnerczach danego gatunku i możności przeprowadzenia porównania z nadnerczami zwierząt oparzonych.

Postępowanie było następujące: Zwierzę po zważeniu umieszczano w położeniu grzbietowem na stole wiwisekcyjnym, golono rozmaicie wielką przestrzeń klatki piersiowej i brzucha i polewano przez określony przeciąg czasu wygoloną powierzchnię wrzącą wodą w ilości oznaczonej. Następnie po zlaniu zwierzęcia zimną wodą, aby przerwać dalsze jeszcze działanie wysokiej ciepłoty, umieszczano zwierzę w klatce i obserwowano aż do chwili śmierci, po której wykonywałem zaraz lub w jak najkrótszym czasie (w każdym razie w takim czasie, w którym nie mogło dojść do zmian pośmiertnych w nadnerczach) sekcję zwłok zwierzęcia. Po zbadaniu poszczególnych narządów (z wyjątkiem mózgu i rdzenia) wyjmowałem ze zwłok bardzo ostrożnie, unikając ucisku lub pociągania, nadnercza, ważyłem je oddzielnie i oglądałem po poprzecznem przecięciu na dwie połówki. Ze względu, iż mogła istnieć różnica w chromowaniu się komórek w obu nadnerczach, brałem po jednej połówce z każdego nadnercza i jedną część (tak będę nadal oznaczać) utrwalałem w 4% formalinie, drugą zaś po pocięciu na kawałeczki 3—4 mm grube w mieszaninie równych ilości (objętości) 4% formaliny i płynu Müllera przez 24 godzin. Po upływie tego czasu pierwszą część nadnerczy krajałem na mikrotomie do mrożenia i skrawki niebarwione oglądałem w mikroskopie polaryzacyjnym, zaś resztę skrawków barwiłem sudanem III, tudzież sudanem III i hematoksyliną i określałem zawartość lipoidów. Ze względu na małość nadnerczy u zwierząt zaniechałem badania chemicznego sposobem Albrechta i Weltmanna. Drugą część nadnerczy chromowałem przez tydzień w czystym płynie Müllera, zmieniając go codziennie. Po tygodniu kawałeczki przemywałem pod wodociągiem przez pół godziny, poczem część kawałeczków przepajałem celoidyną po przeprowadzeniu w zwykły sposób przez alkohole, z resztą zaś kawałeczków postępowałem według sposobu podanego przez Hornowskiego, a mianowicie przeprowadzałem je przez dwa dni przez 96% wyskok, zmieniając go dwa razy dziennie, w trzecim dniu przez karbol-ksylol przez 3 godziny, przez ksylol z parafiną przy ciepłocie + 36° C przez 4 godziny, wreszcie przez parafinę czystą przy ciepłocie + 52° C przez 2 godziny. Skrawki z preparatów tak celoidynowych, jak parafinowych, barwiłem hematoksyliną i eozyną, błękitem toluidynowym i safraniną, tudzież sposobem van Giesona. Skrawki były robione z rozmaitych miejsc obu nadnerczy, a techniczne warunki co do odczynników, czasu utrwalania, zatapiania, barwienia i t. d. były zawsze te same.

Doświadczenia wykonałem naprzód na królikach.

XVII. Doświaczenie 1. 10/III. Królik szary, ♂, 2580 g., ciepłota ciała + 38°C. Królika chwycono za tylne odnóża i uderzono silnie w kark na pograniczu czaszki (za uszy). Po kilku drgawkach śmierć. Wykonana natychmiast sekcja zwłok nie wykazała żadnych zmian poza silnem przekrwieniem narządów. Nadnercze prawe 0·35 g, lewe 0·37 g. Lipoidy obfite, zwłaszcza w warstwie pasmowej kory. Substancja rdzenna w całości zajęta przez komórki chromochłonne, ciemno-brunatno zabarwione. Przekrwienia lub wybroczyn nigdzie się nie stwierdza.

XVIII. Doświadczenie 2. 12/III. Królik biały, ♀, 3000 g, ciepłota ciała + 38·5°C. Oparzenie mniej, niż połowy ciała przez 35 sekund. Zwierzę z początku piszczy, potem leży na boku, szybko oddycha; po czterech godzinach od oparzenia zejście śmiertelne przy spadku ciepłoty ciała do + 34°C. Nadnercze prawe 0·35 g, lewe 0·39 g. Lipoidy i substancja chromochłonna, nieco zmniejszone. Przedewszystkiem jednak zwraca uwagę silne przekrwienie obu substancyj i wybroczyny krwawe włosowate w warstwie pasmowej kory. Zmian innych nie stwierdza się.

XIX. Doświadczenie 3. 17/IV. Królik biały, ♂, 2225 g, ciepłota ciała + 38·2°C. Oparzenie połowy ciała przez 2 minuty. 5 minut później królik wśród objawów zapadu padł. Sekcja zwłok z wynikiem ujemnym. Nadnercze prawe 0·22 g, lewe 0·24 g. Nie stwierdzono żadnych zmian.

XX. Doświadzenie 4. 8/X. Królik biały, ♂, 2648 g. Oparzenie 1/3 części ciała przez 45 sekund. Śmierć wśród objawów jak u królika pod XVIII, po 4 godzinach i 15 minutach. Wynik sekcji ujemny. Nadnercze prawe 0·20 g, lewe 0·24 g. Prawe wzięto do badania histologicznego, lewe do chemicznego (porówn. pod XXXVIII). Pod mikroskopem stwierdza się bardzo silne przekrwienie zarówno substancji korowej jak rdzeniowej, tudzież punktowate wybroczyny i nacieki krwotoczne między komórkami kory. Lipoidy i substancja chromochłonna może nieznacznie zmniejszone.

XXI. Doświadczenie 5. 20/X. Królik czarno-biały, ♂, 2850 g, oparzenie przez 30 sekund mniej niż 1/3 powierzchni ciała. Śmierć po 4½ godzinach. Wynik sekcji zaraz wykonanej ujemny. Nadnercze prawe 0·20 g, lewe 0·25 g. Prawe wzięto do badań histologicznych, lewe do badania chemicznego (porówn. pod XXXIX). Pod drobnowidem dość znaczne przekrwienie całego gruczołu, najwybitniej zaznaczone w warstwie pasmowej kory, tutaj też stwierdzić się dają w niektórych preparatach drobne wybroczyny. Lipoidy i substancja chromochłonna zmian nie wykazuje.

Z doświadczeń powyższych wynika, że w nadnerczach oparzonych królików, które żyły po oparzeniu przez kilka godzin, daje się stale stwierdzić silne przekrwienie nadnerczy i to zarówno w substancji rdzeniowej jak i korowej, zwłaszcza jej warstwy pasmowej, które jest tem wybitniejsze, a nawet wiedzie do wylewów krwawych, im dłużej zwierzę żyło po oparzeniu. W takich przypadkach dawało się również stwierdzić zmniejszenie się lipoidów i komórek chromochłonnych (nieznaczne). Ujemną atoli stroną tych doświadczeń była ta niedogodność, że króliki bardzo źle znosiły oparzenie i nawet po krótkotrwałem i nieznacznem stosunkowo oparzeniu szybko ginęły i wobec tego nie nadawały się do badań śmierci późnej z oparzenia, o którą tu chodzi. Z tych też powodów przeszedłem do doświadczeń na psach. Gdy się przekonałem już po pierwszem doświadczeniu, że pies znosi stosunkowo nieźle oparzenie i utrzymuje się po niem przy życiu przez czas dłuższy, przeprowadziłem dalsze badania doświadczalne tylko na psach. Użycie psów do doświadczeń miało także tę dodatnią stronę, że u psów, jak wogóle u mięsożernych, budowa nadnerczy i poszczególne warstwy są bardzo wyraźne, a nadto nadnercza zawierają obfitą ilość lipoidów, natomiast u gryzoniów zawartość lipoidów jest mniejsza i zmienia się stosownie do wieku zwierząt. Wszelkie zatem zmiany w obrazie mikroskopowym nadnerczy psów jest łatwiej określać, a zwłaszcza zmniejszenie się lipoidów wpada zaraz w oczy. Wreszcie rozszerzenie badań nadnerczy przy oparzeniu na nowy gatunek zwierząt (dotychczas robiono na królikach, świnkach morskich, myszach) uważałem za korzystne dla wyjaśnienia sprawy.

XXII. Doświadczenie 6. 29/XII. Pies płowy, ♂, 6700 g. Struty zapomocą kurary, wstrzykniętej w wielkiej dawce do żyły szyjnej. Sekcja z wynikiem ujemnym. Nadnercze prawe 0·59 g, lewe 0·60 g. Lipoidów bardzo dużo we wszystkich warstwach zwłaszcza kłębkowej. Substancja rdzeniowa prawie w całości zajęta przez ciemno brunatne, duże komórki

chromochłonne. Nigdzie nie stwierdza się ani przekrwienia, ani wybroczyn. Komórki wszędzie barwią się dobrze, protoplazma i jądra wyraźne.

XXIII. Doświadczenie 7. 15/XII. Pies czarny, ♂, 10500 g. Oparzenie mniejwięcej połowy powierzchni ciała przez $1^1/_2$ minuty 6 litrami wrzącej wody. Pies naprzód niespokojny, rzuca się i zrywa ze stolika, wyje, po 64 sekundach leży bez ruchu przy szybkiem tętnie i oddechu, oddaje kał i mocz. Po odwiązaniu stwierdza się odpadanie powierzchownych warstw skóry wraz z włosami zarówno w miejscach oparzonych, jak i na grzbiecie na przestrzeni dłoni, dokąd woda gorąca spływała. Umieszczony w klatce, z początku chodzi niespokojny, wkrótce kładzie się na bok, bez ruchu, nie oddziaływa na bodźce, ginie po 10 godzinach od oparzenia. Sekcja, zaraz wykonana, wykazuje zgorzel powłok skórnych i powierzchownych mięśni w miejscu oparzenia, przekrwienie wszystkich narządów, krwawą treść w jelicie cienkiem, bez wybroczyn jednak lub owrzodzeń w przewodzie pokarmowym. Nadnercze prawe 0·83 g, lewe 0·95 g. Lipoidy prawie prawidłowe. W obrazie mikroskopowym uderza przedewszystkiem przekrwienie bardzo silne, wylewy krwawe i nacieki krwawe substancji rdzeniowej. Również, lecz słabsze przekrwienie i drobne wybroczynki stwierdza się w korze, głównie w jej warstwie pasmowej i kłębkowej. Wszystkie naczynia od najdrobniejszych do wielkich wypełnione krwią skrzepłą, która ma brunatnawy odcień zabarwienia. Gdzieniegdzie brunatne masy w naczyniach bardzo obfite. Komórek chromochłonnych dość dużo, chociaż przy porównaniu z preparatami nadnerczy z poprzedniego przypadku można stwierdzić nieznaczne ich zmniejszenie się. Natomiast nie daje się zauważyć żadne zmniejszenie w stopniu ich barwienia się, owszem nawet wydają się ciemniej brunatno zabarwione. Wśród kory można stwierdzić drobne odcinki, w których protoplazma komórek jest nieco przyćmiona, gorzej się barwi, lecz na ogół protoplazma i jądra komórek barwią się dobrze.

XXIV. Doświadczenie 8. 8/I. Pies biały w czarne płaty, ♂, 8200 g. Oparzenie około 1/2 powierzchni ciała przez 30 sekund wrzącą wodą w ilości około 2 litrów. Objawy jak u poprzedniego. Śmierć po 42 godzinach od oparzenia. Sekcja zwłok wykazała typowe zmiany zgorzelinowe w powłokach w miejscu oparzenia, przekrwienie wszystkich narządów, zwłaszcza wątroby, silne wypełnienie żył wielkich i serca gęstą, płynną i wiotko skrzepłą krwią, tudzież zwyrodnienie miąższowe nerek. W żołądku i jelitach żadnych zmian nie stwierdzono. Nadnercze prawe 0·76 g, lewe 0·75 g. Jedno nadnercze wzięto do badania chemicznego (porówn. pod XL), drugie poddano badaniu histologicznemu w sposób opisany na wstępie tej grupy badań. Badanie to wykazuje bardzo znaczne zmiany zarówno w korze jak i w substancji rdzeniowej nadnerczy. Przedewszystkiem uderza bardzo silne przekrwienie i rozległe wybroczyny, które tu i ówdzie są tak wielkie, że tworzą wprost ogniska krwotoczne, a na całym szeregu pól widzenia spostrzega się jedynie krwinki. Między temi ogniskami krwotocznemi stwierdzić można dość liczne ogniska martwicze, głównie na pograniczu obu substancyj i warstwie pasmowej kory. Komórki kory okazują wybitną budowę gąbczastą, w całych odcinkach barwią się gorzej, a jądra niektórych komórek wogóle nie barwią się hematoksyliną. Lipoidów zupełny brak. Substancji chromochłonnej także prawie nie ma; dopiero przeglądając liczne, z różnych miejsc nadnercza robione preparaty, można czasem znaleść preparat, w którym są widoczne bardzo nieliczne (kilka na cały preparat) komórki chromochłonne, zabarwione brunatno. W naczyniach również brak substancji chromochłonnej.

XXV. Doświadczenie 9. 8/I Pies biało-czarny, pudel, ♂, 8000 g. Oparzenie około 1/2 powierzchni ciała przez 60 sekund wrzącą wodą w ilości około 3 litrów. Śmierć nastąpiła wśród objawów takich samych, jak u poprzednich zwierząt, po 59 godzinach od oparzenia. Sekcja, zaraz dokonana, wykazała te same zmiany, jak u psa poprzedniego. Nadnercze prawe 0·62 g, lewe 0·65 g. Jedno z nich wzięto do badania chemicznego (porówn. pod XLI), drugie poddano badaniu histologicznemu. Zarówno badanie mikroskopowe, jak zapomocą mikropolaryzatora wykazuje zupełny brak lipoidów. Brak również substancji chromochłonnej w komórkach substancji rdzeniowej i w naczyniach. Cały gruczoł z wyjątkiem warstwy kłębkowej kory okazuje niezwykłe przekrwienie i bardzo liczne wylewy krwawe, które rzadziej są ograniczone, natomiast występują głównie w postaci rozległego nacieku krwawego między komórkami, zwłaszcza warstwy pasmowej i siatkowej kory. Całe odcinki kory barwią się gorzej, protoplazma komórek mętna, jądra nie barwią się dobrze. Tu i ówdzie liczne figury karyokinetyczne.

XXVI. Doświadczenie 10. 27/I. Pies żółty w białe płaty, ♂, 9500 g. Oparzenie około 1/4 powierzchni ciała wrzącą wodą w ilości 2 litrów przez 60 sekund. Pies w pierwszych dniach okazuje objawy jak poprzednie, nie je, chudnie (waga 3/II wynosi 8 kg.), potem poprawia się, ma duży apetyt, jest wesół, rany oparzelinowe pokrywają się ziarniną zdrową. W dniu 7/II czyli po 264 godzinach od oparzenia zwierzę struto przez wstrzyknięcie do serca $10^0/_0$ sinku potasu. Zaraz wykonana sekcja wykazała: przekrwienie wszystkich narządów, krew wszędzie płynna, nieliczne wybroczyny podopłucne, kilka kęp wybroczyn i jedno powierzchowne owrzodzenie błony śluzowej dwunastnicy wielkości ziarna grochu. Nadnercze prawe 0·68 g, lewe 0·76 g. Lipoidy w warstwie pasmowej może nieco zmniejszone, zresztą prawidłowe wszędzie. Nigdzie niema ani śladu przekrwienia, także brak wybroczyn lub śladów po starych wybroczynach. Substancja rdzeniowa szeroka, przestrzenie naczyniowe wąskie, komórki chromochłonne co do ilości nieco zmniejszone, także ich zabarwienie bledsze. W jednym preparacie wśród kory kilka wysepek komórek chromochłonnych. Jednem słowem obraz mikroskopowy zupełnie prawie zbliżony do obrazu nadnerczy psa kontrolnego, poza nieznacznem tylko zmniejszeniem substancji chromochłonnej.

XXVII. Doświadczenie 11. 17/II. Pies bury, ♂, 3800 g. Oparzenie więcej niż 1/3 powierzchni ciała przez 75 sekund wrzącą wodą w ilości 2 litrów. Objawy jak u poprzednich oparzonych zwierząt. Śmierć po $90^1/_2$ godzinach. Sekcja, wykonana w 3 godziny potem, wykazała typowe zmiany oparzelinowe powłok skórnych, a także powierzchownych warstw mięśni w miejscu działania wrzącej wody, przekrwienie wszystkich narządów miernego stopnia, obecność krwi płynnej, a w uszkach serca także białych skrzepów krwi, zwyrodnienie miąższowe wątroby i nerek. Nadnercze prawe 0·41 g, lewe 0·45 g. Jedno z nich użyto do badania chemicznego (porówn. pod XLII), drugie do histologicznego, które wykazało bardzo silne przekrwienie całego gruczołu, zwłaszcza substancji rdzeniowej i wybroczyny włosowate. Lipoidów i substancji chromochłonnej zupełnie nie stwierdza się. Komórki barwią się gorzej, protoplazma przyćmiona.

XXVIII. Doświadczenie 12. 23/II. Pies biało-czarny, ♀ 8600 g. Oparzenie więcej niż 1/3 powierzchni ciała wrzącą wodą w ilości 4 litrów przez 60 sekund. Śmierć wśród typowych objawów po 120 godzinach. Sekcja zwłok, zaraz wykonana, z wynikiem ujemnym, w szczególności nie wykazała zmian w przewodzie pokarmowym; krew wszędzie płynna. Nadnercze prawe 0·78 g. Badanie mikroskopowe wykazuje przekrwienie substancji rdzeniowej, tutaj także stwierdzić się dają włosowate wybroczyny; natomiast rozległe wylewy krwawe w torebce. Lipoidów prawie nie ma. Substancja chromochłonna zmniejszona. W całej substancji rdzeniowej rozrzucone nieregularnie komórki żółto-blado-bronzowo zabarwione.

XXIX. Doświadczenie 13. 6/III. Pies żółtawy, ♀, 4500 g. Oparzenie około 1/2 powierzchni ciała wrzącą wodą w ilości $3^1/_2$ litra przez 75 sekund. Po oblaniu zimną wodą zwierzę dalej trzymano przywiązane na stole przez 80 minut, poczem przez wstrzyknięcie dożylne $10^0/_0$ sinku potasu sprowadzono nagłe zejście śmiertelne. Wykonana zaraz sekcja, poza zmianami oparzelinowemi i przekrwieniem narządów, z wynikiem ujemnym. Nadnercze prawe 0·30 g, lewe 0·43 g. Lipoidy prawidłowe. Substancja chromochłonna także prawidłowa, komórek chromochłonnych dość dużo, ciemno-brunatno zabarwionych, niektóre zawierają wakuole. W naczyniach brunatne masy. Jedynym objawem nieprawidłowym silne przekrwienie gruczołów, a zwłaszcza substancji rdzeniowej, tudzież drobne wybroczynki, które w korze znajdują się w warstwie pasmowej.

XXX. Doświadczenie 14. 23/III. Pies czarno-żółty, ♀, 6000 g. Zwierzę po zachloroformowaniu padło mniejwięcej w ciągu 30 sekund. Sekcja zwłok, zaraz wykonana, dała wynik ujemny. Nadnercze prawe 0·65 g, lewe 0·66 g. Lipoidy bardzo obfite. Substancja rdzeniowa dość szeroka, okazuje ciemno-brunatne zabarwienie prawie wszystkich komórek. Przestrzenie naczyniowe w substancji rdzeniowej może nieco rozszerzone, zresztą ani w substancji rdzeniowej, ani w korowej nie stwierdza się nigdzie ani silniejszego przekrwienia, ani wybroczyn. Protoplazma komórek i jądra barwią się wyraźnie.

XXXI. Doświadczenie 15. 3/IV. Pies biało-czarny, ♂ 9000 g. Oparzenie w głębokiem uśpieniu eterowem przeszło 1/2 powierzchni ciała wrzącą wodą w ilości 3 litrów przez 45 sekund. Śmierć wśród typowych objawów po 72 godzinach od oparzenia. Sekcja zwłok, zaraz wykonana, z wynikiem ujemnym poza zmianami oparzelinowemi i przekrwieniem narządów. Nadnercze prawe 0·68 g, lewe 0·71 g. Lipoidów i substancji chromochłonnej zupełny brak. Przekrwienie całego gruczołu a zwłaszcza substancji rdzeniowej miernego stopnia. Przestrzenie naczyniowe w substancji rdzeniowej bardzo silnie rozszerzone. Kora o budowie gąbczastej okazuje tylko w niektórych preparatach włosowate wybroczyny.

XXXII. Doświadczenie 16. 13/IV. Pies biało-czarny, ♀, 6500 g. Oparzenie w głębokiem uśpieniu mieszanką chloroformowo-eterową przeszło 3/4 powierzchni ciała wrzącą wodą w ilości 5 litrów. Śmierć w 6 godzin potem. Wykonana zaraz sekcja poza zmianami oparzelinowemi w skórze i powierzchownych mięśniach zresztą z wynikiem ujemnym. Nadnercze prawe 0·52 g, lewe 0·46. Lipoidy prawidłowe. Komórek chromochłonnych może nieco mniej, lecz ciemno-brunatno zabarwione, niektóre zawierają wakuole. W niektórych naczyniach stwierdza się również brunatnawe masy substancji chromochłonnej. Obie substancje, a zwłaszcza rdzeniowa, bardzo silnie przekrwione; tu i ówdzie drobniutkie wybroczyny, które w korze znajdują się głównie w warstwie pasmowej. Komórki kory okazują liczne figury karyokinetyczne.

Zestawienie: Doświadczenia 6 i 14 służyły jako kontrole celem szczegółowego poznania budowy prawidłowej nadnerczy u psów (szybkie zejście śmiertelne przez otrucie kurarą i chloroformem). Doświadczenie 13 wykonałem celem przekonania się, czy już w krótki czas po oparzeniu powstają zmiany w nadnerczach (w 80 minut po oparzeniu psa struto sinkiem potasu). Doświadczenia 15 i 16 służyły jako kontrole, czy zmiany w nadnerczach nie są bezpośredniem następstwem zadrażnienia przez wysoką ciepłotę nerwów czuciowych (oparzenie zwierząt w głębokiem uśpieniu chloroformowo-eterowem). Reszta doświadczeń miała za zadanie zbadanie nadnerczy psów, padłych lub zabitych w rozmaicie długi czas po oparzeniu o różnej rozległości.

Wyniki doświadczeń (z pominięciem doświadczeń kontrolnych 6 i 14, jako nie mających z oparzeniem nic wspólnego) według czasu, jaki upłynął między śmiercią a oparzeniem, przedstawia tablica I.

Z doświadczeń tych wynika więc, że zmiany w nadnerczach u psów oparzonych przedstawiają się zupełnie podobnie, jak zmiany w nadnerczach u ludzi, zmarłych z oparzenia. I tu i tam stwierdza się trojakie zmiany: przekrwienie i wybroczyny, zmniejszenie się a nawet zniknięcie substancji chromochłonnej i lipoidów. Zmiany te były obszerniej opisane przy omawianiu ich w nadnerczach ludzi oparzonych, dlatego je tutaj pomijam. Z innych zmian najczęściej stwierdza się zwyrodnienie miąższowe komórek, zwłaszcza w przypadkach starszych, tudzież w przypadkach z większymi wylewami krwawymi. Natomiast nie spotkałem ani razu drobnokomórkowych nacieków, dość często za-

Tablica I.

Zwierzę, Nr. doświadczenia, płeć i ciężar zwierzęcia	Żyło przez:	oparzono wrzącą wodą:	ciężar nadnerczy:	układ naczyniowy:	układ chromochłonny:	lipoidy:	Uwaga
Pies. 13. ♀ 4500 g	1^h 20′	około 1/2 ciała przez 75 sekund	prawe 0·39 lewe 0·43	silne przekrwienie i drobne wybroczynki	prawie prawidłowy, w naczyniach także subst. chromochł.	prawidłowe	struty sinkiem potasu
Pies. 16. ♀ 6500 g	6^h	przeszło 3/4 ciała przez 105 sekund	prawe 0·52 lewe 0·46	przekrwienie i drobne wybroczynki	prawie prawidłowy, w naczyniach subst. chromochł.	prawidłowe	oparzony w narkozie, padł
Pies. 7. ♂ 10500 g	10^h	mniejwięcej 1/2 ciała przez 90 sekund	prawe 0·95 lewe 0·83	b. silne przekrwienie i wybroczyny	nieznaczne zmniejszenie komórek, obecność w naczyniach	prawie normalne	padł
Pies. 8. ♂ 8200 g	42^h	około 1/2 ciała przez 30 sekund	prawe 0·76 lewe 0·75	niezwykle silne przekrwienie i wylewy krwawe	prawie brak	brak	padł
Pies. 9. ♂ 8000 g	59^h	około 1/2 ciała przez 60 sekund	prawe 0·62 lewe 0·65	niezwykle silne przekrwienie i wylewy krwawe	brak	brak	padł
Pies. 15. ♂ 9000 g	72^h	przeszło 1/2 ciała przez 45 sekund	prawe 0·68 lewe 0·71	miernego stopnia przekrwienie i wybroczyny	brak	brak	oparzony w narkozie, padł
Pies. 11. ♂ 3800 g	90^h 30′	więcej niż 1/3 ciała przez 75 sekund	prawe 0·41 lewe 0·45	b. silne przekrwienie i wybroczyny	brak	brak	padł
Pies. 12. ♀ 8600 g	120^h	więcej niż 1/3 ciała przez 60 sekund	prawe 0·78 lewe 0·78	mierne przekrwienie i drobne wybroczyny	zmniejszony	prawie brak	padł
Pies. 10. ♂ 9500 g	264^h	około 1/4 ciała przez 60 sekund	prawe 0·68 lewe 0·76	prawidłowy	nieznacznie zmniejszony	prawie normalne	struty sinkiem potasu

uważanych w nadnerczach ludzkich. Także ogniska martwicze stwierdzić się dały tylko w jednym przypadku (XXIV). Co się tyczy zależności zmian w nadnerczach od rozległości oparzenia, to naogół zmiany są tem wybitniejsze, im rozleglejsze było oparzenie, a co do równorzędności tych głównych zmian, to najwyraźniej a zarazem najszybciej występuje przekrwienie nadnerczy. U psa oparzonego, którego zabito w 80 minut po oparzeniu, wykazywały nadnercza silne przekrwienie całego gruczołu, zwłaszcza zaś substancji rdzeniowej, tudzież włosowate wybroczynki, substancji chromochłonnej było dość dużo w komórkach substancji rdzeniowej i w naczyniach, zaś lipoidy zachowały się prawidłowo. Ponieważ króliki oparzone w doświadczeniach Hornowskiego ginęły już bardzo szybko po oparzeniu, więc nie mógł on stwierdzić zmian w układzie chromochłonnym.

O ile śmierć następuje w kilkanaście godzin po oparzeniu, to stwierdza się przekrwienie i wylewy krwawe w nadnerczu niezwykle silne, małą ilość substancji chromochłonnej w komórkach części rdzeniowej, nieraz tylko w naczyniach, obok ilości prawidłowej lub tylko nieco zmniejszonej lipoidów. Dopiero w dwie doby po oparzeniu znika zupełnie zarówno substancja chromochłonna jak i lipoidy, a cały gruczoł jest silnie przekrwiony i nadziany wybroczynami. Zmiany powyższe stwierdzić się dawały także u psa, padłego po 5 dobach od oparzenia. Natomiast znamienny był przypadek, ostatni na tablicy, tyczący się psa na wygojeniu będącego, którego zabito po 13 dobach od oparzenia. U zwierzęcia tego nadnercza poza nieznacznem zmniejszeniem substancji chromochłonnej przedstawiały się prawie prawidłowo. Przemawiałoby to za tem, że zmiany w nadnerczu mogą ustąpić bez śladu. Widzimy więc, że u zwierząt, które żyły krótko po oparzeniu, nadnercza znajdują się w stanie wzmożonej czynności, za czem przemawia silne przekrwienie, nieznaczne zmniejszenie się komórek chromochłonnych przy równoczesnem nagromadzeniu się substancji chromochłonnej w naczyniach, wreszcie liczne figury karyokinetyczne w komórkach kory. Niedługo potem stwierdzić się daje wraz z przekrwieniem zmniejszenie się a nawet zniknięcie substancji chromochłonnej, gdy lipoidy są nieraz jeszcze dalej prawie prawidłowe. Z czasem dochodzi do wyczerpania się nadnerczy i przy silnem przekrwieniu i wylewach krwawych znikają zarówno substancja chromochłonna, jak lipoidy.

Ponieważ z licznych dawniejszych badań wiadomo, że chromowanie się substancji rdzeniowej jest zależne od silnych bodźców nerwowych, należało się przekonać, czy dostrzeżone w nadnerczach a wyżej opisane zmiany nie są następstwem bezpośredniego zadrażnienia nerwów czuciowych przez wysoką ciepłotę. Doświadczenia 15 i 16 przeczą temu, ponieważ obraz histologiczny nadnerczy psów oparzonych w głębokiem uśpieniu, a zatem przy zniesieniu czucia bolu, jest zupełnie identyczny z obrazem nadnerczy psów oparzonych bez narkozy.

Wyniki badań 1. i 2. grupy dowodzą zatem, że oparzenie ze wszystkich innych narządów wywiera szkodliwy wpływ głównie na nadnercza i że uszkodzeniu tych gruczołów musi się przypisać ważne znaczenie w patogenezie śmierci z oparzenia.

3. Grupa badań.

W tej grupie badań określałem na drodze chemicznej ilość adrenaliny w nadnerczach u oparzonych. Ocenianie zawartości adrenaliny w nadnerczach na podstawie samego chromowania się komórek substancji rdzennej nie może uchodzić za zupełnie ścisłe. Po pierwsze nie można zawsze w tym samym czasie po śmierci wyjmować nadnerczy ze zwłok (np. zwierzę ginie w nocy) a, jak już była o tem mowa, natężenie chromowania się komórek chromochłonnych zmienia się z upływem czasu od śmierci. Powtóre sama techniczna strona sporządzania preparatów histologicznych mimo zwracania nawet najpilniejszej uwagi, aby postępowanie było zawsze jednakowe, może być powodem różnic w obrazach mikroskopowych, a co za tem idzie, stać się powodem błędnych wniosków. Wspomnę tylko o mniej lub więcej delikatnem wyjmowaniu gruczołów, o mniej lub więcej intenzywnem chromowaniu w płynie Müllera i późniejszem wypłukiwaniu z niego kawałeczków pod wodociągiem i w alkoholu, o grubszych lub cieńszych skrawkach mikrotomowych, o silniejszem lub słabszem barwieniu skrawków i t. p. jako o źródłach różnic. Potwierdzają to także spostrzeżenia autorów (Biedl, Ingier i Schmorl, Popielski i inni), stwierdzające, że pomiędzy chemicznie stwierdzoną zawartością adrenaliny a natężeniem chromowania się nadnerczy zachodzą różnice. Mianowicie okazało się, że adrenalina może się znajdować w prawidłowej ilości i w tych nadnerczach, które substancji chromochłonnej nie zawierają (Biedl Popielski i jego szkoła). Biedl wyraźnie podkreśla, że odczyn chromowy może w najlepszym razie służyć tylko do tymczasowej orjentacji co do ilości adrenaliny. Aby zatem wykluczyć powyższe źródła błędów, a nadto aby sprawdzić wyniki badania

mikroskopowego i oprzeć stwierdzone już histologicznie fakta na szerszej podstawie, postanowiłem oznaczyć ilość adrenaliny także na innej drodze. Różne i liczne metody oznaczania adrenaliny można podzielić na trzy grupy: chemiczne lub kolorymetryczne, biologiczne i fizjologiczne. Z tych wybrałem, uwzględniając trudne warunki obecne dla uzyskania potrzebnych przyrządów, odczynników i t. p., najprostszą a dość ogólnie używaną, metodę chemiczną, podaną przez Comessattiego. Metoda Comessattiego zasadza się na spostrzeżeniu, dokonanem najpierw przez Mühlbauma, że wyciągi adrenalinowe za dodaniem sublimatu przybierają zabarwienie czerwone. Zabarwienie to według Comessattiego polegać ma na tworzeniu się oksyadrenaliny (Battelli). — W pierwszych swoich pracach podał autor jako granicę czułości swego odczynu 1 : 400000. Później przekonał się tak na rozczynach adrenaliny, jak na wyciągach z nadnerczy, że granica czułości odczynu leży o wiele wyżej, a mianowicie w wodnych rozczynach adrenaliny wynosi 1 : 2,000.000 (0,1 cm. kupnego 1‰ rozczynu adrenaliny czyli 0,0001 g. adrenaliny w 200 cm³ 1‰—2‰ rozczynu sublimatu). — Aby jednak ten tak czuły odczyn wystąpił, zastosował Comessatti tę modyfikację, że używał większej ilości (40—50 cm³) rozczynu, podgrzewał ją na szalce porcelanowej do + 50° C i wówczas dopiero stwierdzał występowanie czerwonego zabarwienia. Rozczyn powyższy służy też jako porównawczy przy obliczaniu zawartości adrenaliny w wyciągach z nadnerczy, które rozcieńcza się stopniowo dopóty, aż dadzą odczyn, który w nasileniu zabarwienia równa się zabarwieniu rozczynu porównawczego. Co się zaś tyczy sporządzania wyciągów z nadnerczy przy metodzie Comessattiego, to postępowanie to jest bardzo proste. Dokładnie odpreparowane nadnercza tnie się na drobniutkie kawałeczki i umieszcza w 80—100 cm³ 1‰—2‰ wodnego (woda studzienna) rozczynu sublimatu przez 6—8 godzin w zamkniętym szklanym cylindrze, wstrząsając nim od czasu do czasu. Po upływie tego czasu następuje sączenie przez gazę i dokładne odmierzenie ilości wyciągu. Następnie celem usunięcia substancyj białkowych dodaje się do 10 cm³ wyciągu tę samą ilość wysyconego alkoholowego rozczynu sublimatu, dokładnie miesza się, sączy i zapisuje ilość wyciągu, teraz zupełnie przezroczystego. Teraz następuje oznaczenie największego rozcieńczenia tego wyciągu, które pozwala przy podgrzaniu stwierdzić czerwonawe zabarwienie. Po pierwszem wyciągnięciu kawałeczki nadnerczy zbiera się skrzętnie i po raz wtóry wyciąga także przez 6—8 godzin i także zapomocą wodnego rozczynu sublimatu. Do 10 cm³ tego wyciągu znowu dodaje się 10 cm³ wysyconego, alkoholowego rozczynu sublimatu celem strącenia substancyj białkowych, oznacza się największe rozcieńczenie wyciągu, które znowu daje przy podgrzaniu odczyn; jednem słowem postępuje się zupełnie w ten sam sposób, jak przy pierwszem wyciąganiu. Jeżeli po drugiem wyciąganiu kawałeczki nadnerczy z małą ilością rozczynu wodnego sublimatu dają jeszcze dodatni odczyn, następuje w ten sam sposób poraz trzeci wyciąganie. Zazwyczaj jednak po trzech wyciąganiach odczyn sublimatowy wypada ujemnie. Ilość adrenaliny w decymiligramach oblicza się, dzieląc przez 200 ogólną w cm³ wyrażoną ilość wszystkich wyciągów z nadnerczy, obliczonych na maksymalne rozcieńczenie. Naprzykład (z przypadku XXXVI), jeżeli przy pierwszem wyciąganiu nadnerczy ilość wyciągu wynosi 180, zaś maksymalne tegoż rozcieńczenie dające odczyn 1 : 18, to zawartość adrenaliny wynosi $\frac{180 \times 18}{200} = 16$ decimiligramów czyli 0,0016 g. adrenaliny. Jeżeli przy powtórnem wyciąganiu ilość wyciągu wynosi 170, a dalsze rozcieńczenie nie daje już odczynu, to zawartość adrenaliny wynosi $\frac{170}{200} = 0{,}85$ decimiligramów, czyli 0,000085 g. adrenaliny. Dodawszy obie te liczby, otrzymamy jako ogólną zawartość adrenaliny w nadnerczach w tym przypadku liczbę 0,00168 g.

Według powyższej metody zbadałem 5 przypadków oparzeń u osób, których zwłoki mogły być w krótki czas po śmierci poddane sekcji tak, że wykluczona była pośmiertna utrata adrenaliny, tudzież dwa przypadki śmiertelnych oparzeń u królików i trzy przypadki u psów. W nadnerczach ludzkich wycinałem małe kawałeczki do badań histologicznych celem stwierdzenia zachowania się lipoidów, substancji chromochłonnej, układu naczyniowego, jednem słowem celem poznania obrazu mikroskopowego nadnerczy; resztę obu gruczołów, po odważeniu wyciętego kawałeczka, poddawałem badaniu chemicznemu sposobem Comessattiego. U zwierząt badałem chemicznie tylko jedno nadnercze, opierając się na doświadczeniach Battelliego i jego uczenicy Ornstein, z których wynika, że zawartość adrenaliny w obu nadnerczach u psa i u królika jest prawie jednakowa. W ten sposób miałem kontrolę między badaniem histologicznem jednego nadnercza a chemicznem drugiego, tudzież zaoszczędzałem zwierząt doświadczalnych.

XXXIII. Badanie 1. H. S., lat 40 (bliższe szczegóły pod XI). Ciężar obu nadnerczy po odliczeniu kawałeczków, wziętych do badań histologicznych, wynosi 20·5 g, zaś zawartość adrenaliny 0·0025 g.

XXXIV. Badanie 2. J. S., lat 20 (bliższe szczegóły pod XII). Poza kawałeczkami, wziętymi do badań histologicznych, ciężar obu nadnerczy wynosi 12·46 g, zaś zawartość adrenaliny 0·0035 g.

XXXV. Badanie 3. T. D, lat 2 (bliższe szczegóły pod XIV). Ciężar nadnerczy po odliczeniu kawałeczków, wziętych do badań histologicznych, wynosi 4·0 g, zaś zawartość adrenaliny 0·0005 g.

XXXVI. Badanie 4. A. N., lat 29 (bliższe szczegóły pod XV). Ciężar nadnerczy po odliczeniu ciężaru wziętych do badań histologicznych kawałeczków wynosi 17·1 g, zaś zawartość adrenaliny 0·00168 g.

XXXVII. Badanie 5. I. N., lat 35 (bliższe szczegóły pod XVI). Poza kawałeczkami, wziętymi do badania histologicznego, ciężar obu nadnerczy wynosi 17·0 g. zaś zawartość adrenaliny 0·002 g.

XXXVIII. Badanie 6. Królik ♂ wagi 2648 g (bliższe szczegóły pod XX). Ilość adrenaliny obliczona w obu nadnerczach wynosi 0·0002 g.

XXXIX. Badanie 7. Królik ♂ wagi 2850 g (bliższe szczegóły pod XXI). Ilość adrenaliny obliczona w obu nadnerczach wynosi 0·0004 g.

XL. Badanie 8. Pies ♂ wagi 8200 g (bliższe szczegóły pod XXIV). Ilość adrenaliny obliczona w obu nadnerczach wynosi 0·0005 g.

XLI. Badanie 9. Pies ♂ wagi 8000 g (bliższe szczegóły pod XXV). Próba Comessattiego z wynikiem ujemnym.

XLII. Badanie 10. Pies ♂ 3800 g (bliższe szczegóły pod XXVII). Ilość adrenaliny obliczona w obu nadnerczach wynosi 0·0001 g.

Zestawienie: Powyższe obliczenia wykazują zarówno u człowieka, jak i u zwierząt oparzonych zmniejszenie się adrenaliny w nadnerczach, której ilość, jak to wynika z tablic Battelliego. wynosi średnio przeszło jeden miligram na gram wagi nadnercza. Według Battelliego wynosi zawartość adrenaliny w nadnerczach, obliczona na 1000 kg. wagi ciała, u człowieka 0·0603 g, u psa 0·0666—0·166 g, u królika 0·0830 g.

W pierwszym z naszych przypadków stwierdza się przy stosunkowo bardzo wielkich nadnerczach małą ilość adrenaliny. Ilość adrenaliny w nadnerczach osób dorosłych wynosi średnio według obliczeń, dokonanych na obszernym materjale przez pannę Ingier i Schmorla, 4·95 mg, u dzieci do dziewiątego roku życia 1·52 mg; według obliczeń Lukscha wynosi ona średnio 4·3 mg. Dodać jednak należy, że podane liczby średnie uzyskano na podstawie badania materjału sekcyjnego zwłok szpitalnych, natomiast Luksch stwierdził, że osoby zdrowe w średnim wieku, które zmarły śmiercią nagłą (np. z ran postrzałowych), mają w nadnerczach o wiele więcej adrenaliny (średnio w obu nadnerczach 7·25 mg). W naszym zatem przypadku wynosiła ilość adrenaliny przy wadze nadnerczy, prawie dwukrotnie wyższej od średniej, mniej niż połowę średniej jej ilości. Możnaby jednak w tym przypadku uczynić zarzut, że osobnik ten po oparzeniu uległ ogólnemu zakażeniu ustroju, przy których to sprawach chorobowych stwierdza się również zmniejszenie się ilości adrenaliny w nadnerczach. Zarzut ten jednak odpada, jeżeli porówna się następne przypadki. Wszystkie one przedstawiają zupełnie typowe przypadki pierwotnej śmierci z oparzenia, bez innych zmian chorobowych, i w nich również stwierdzić się dawało zmniejszenie się, a w jednym nawet zupełny brak adrenaliny w nadnerczach. Jeżeli porównać wyniki badania histologicznego i chemicznego w tych samych przypadkach, to zauważa się, że naogół chromowanie się komórek substancji rdzeniowej nadnerczy idzie równolegle z zawartością adrenaliny, badanie chemiczne jest jednak o wiele czulsze i wykrywa tam jeszcze adrenalinę, gdzie badaniem histologicznem substancji chromochłonnej nie udało się stwierdzić.

4. Grupa badań

obejmuje badania biochemiczne surowic osób oparzonych przy zastosowaniu odczynu Abderhaldena. Badania jego i jego szkoły wykazały, jak wiadomo, że jeżeli do krwi dostaną się produkty dla niej niewłaściwe, czy to węglowodan, tłuszcz, lipoid, czy białko, które jednak co do swej budowy różni się od białka surowicy, wówczas ustrój broni się i przy pomocy występujących we krwi zaczynów ochronnych rozszczepia te ciała. Na podstawie tych badań stworzył Abderhalden znaną serodjagnostykę ciąży. Zachodziło więc pytanie, czy metoda Abderhaldena nie dałaby się zastosować także w dziedzinie patologji, czy mianowicie nie udałoby się zapomocą zaczynów rozszczepiających białko (proteolitycznych), nastawionych na rozmaite rodzaje tkanek, śledzić za narządami, które oddają do krwi produkty obce dla niej, względnie dla osocza krwi. Działoby się to według Abderhaldena wówczas, gdyby narząd jakiś pracował niesprawnie (dysfunkcja) lub był schorzały i skutkiem tego oddawał do krwi substancje albo niezupełnie rozłożone, albo dla niej obce,

albo też prawidłowo rozłożone lecz w zbyt wielkiej ilości (hyperfunkcja). Ponieważ te obce dla osocza substancje znajdują się w niem tylko w minimalnych ilościach, a nadto nasze wiadomości dotychczasowe o nich są bardzo szczupłe, nie możemy wykazać ich bezpośrednio. I dlatego musi się zastosować drogę pośrednią i badać, czy dana surowica zawiera zaczyny, które mogą rozłożyć substrat, należący do danego narządu. W ten sposób, dodając do surowicy rozmaite narządy i obserwując, który lub które z nich ona rozkłada, stawia się surowicy niejako pewne pytanie. W razie stwierdzenia rozkładu któregoś z narządów przez badaną surowicę wnosimy o nieprawidłowej czynności komórek danego narządu. Jak z tego widać, zakres metodyki Abderhaldena rozszerzyłby się znacznie i z serodjagnostycznego odczynu dla ciąży stałby się odczynem serodjagnostycznym dla badania czynności poszczególnych narządów (Abderhalden). Rozpoczęte w tym kierunku na szeroką skalę przez licznych autorów badania przerwała wojna, tak że stanowczego sądu o wartości tego odczynu także w tej dziedzinie nie można jeszcze wydać. W każdym razie atoli już wyniki dotychczasowych badań są zachęcające. Wspomnę tylko o kilku pracach, dotyczących badań schorzeń, stojących w związku z zaburzeniami gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. I tak stwierdzono (Lampé i Papazolu), że surowica cierpiących na chorobę Basedowa nie rozkłada prawidłowego gruczołu tarczowego, natomiast rozkłada zawsze gruczoł ten z osobników, cierpiących na to schorzenie. W otępieniu wczesnem stwierdzono (Fauser i Wegener) rozkład kory mózgowej i gruczołów płciowych. Znaczyłoby to w pojęciu Abderhaldena, że narządy te okazują dysfunkcję. Ciekawem także jest, że surowica kobiet, dotkniętych tą chorobą umysłową, nie rozszczepiała nigdy jąder, natomiast zawsze jajniki i naodwrót surowica osobników męskich rozszczepiała tylko jądra. W obłąkaniu maniakalno-depresyjnem nie powiodło się wykryć zaczynów ochronnych (Fauser, Wegener, Fischer, Kafka i wielu innych).

Podkreślając jeszcze raz, że chociaż w sprawie tej nie zapadło jeszcze ostatnie słowo, a nawet zdania autorów co do wartości odczynu Abderhaldena są podzielone, to jednak uważałem za usprawiedliwione i wskazane zastosowanie także i tej metody w badaniach nad patogenezą śmierci z oparzenia. W tym też celu poddałem badaniu krew 14 osób oparzonych, znajdujących się w leczeniu na oddziale chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Krew do badań brano zawsze naczczo, w sposób jałowy, przez nakłucie żyły środkowej w przegubie łokciowym, do jałowych naczyń, które następnie pozostawiano przez kilka godzin w ciepłocie pokojowej aż do odstania się surowicy. Surowicę zbierano następnie do jałowych naczyń wirownicy i dwukrotnie odwirowywano. Następnie i mikroskopowo i mikrospektroskopowo przekonywałem się, czy surowica ta nie zawiera krwinek. Przytem zastosowałem tę modyfikację (już poprzednio ogłoszoną), że poddawałem surowicę badaniu mikrospektroskopowemu co do hemochromogenu, którego widmo jest bardzo czułe i już nawet w obecności nielicznych krwinek udaje się je otrzymać. Postępuje się zaś w ten sposób, że zapomocą jałowej pipety bierze się kilka kropli surowicy na szkiełko przedmiotowe, poddaje zagęszczeniu przez odparowanie, a następnie dodaje się kropelkę pirydyny Mercka i kropelkę wodzianu hydrazyny, szybko nakrywa szkiełkiem nakrywkowem i ogląda w przyrządzie mikrospektroskopowym. Bardzo łatwo można się w ten sposób przekonać, że udaje się uzyskać widmo hemochromogenu tam, gdzie spektroskopowo nie można było w surowicy wykazać widma hemoglobiny. Ilość surowicy, użytej do doświadczeń, wynosiła 1·5 cm³.

Nadnercza do badań z tej grupy pochodziły z przypadków ran postrzałowych, rany kłutej serca i powieszenia i nie przedstawiały żadnych zmian chorobowych, podobnie jak i inne narządy. Wyjmowałem je ze zwłok w kilka do kilkunastu godzin po śmierci, odpreparowywałem dokładnie, usuwając torebkę łącznotkankową, naczynia i nerwy, i pocięte na drobne kawałeczki trzymałem na sicie pod wodociągiem przez kilka godzin, wyduszając od czasu do czasu palcami dokładnie każdy kawałek. Kawałki, które zawierały skrzepłą krew lub które mimo kilkugodzinnego przebywania w płynącej wodzie miały różowawe zabarwienie, odrzucałem. Następnie kawałeczki ze sita umieszczałem w szklanej miseczce i po posypaniu dużą ilością soli kuchennej pozostawiałem je w lodowni przez kilka godzin. Potem następowało znowu płukanie kawałeczków na sicie pod wodociągiem przez kilka godzin, po którem rozcierałem je tłuczkiem w miseczce porcelanowej i celem uwolnienia od tłuszczów i lipoidów wyciągałem w przyrządzie Soxhleta czterochlorkiem węgla przez 8—10 godzin. Drobne kawałeczki nadnerczy, przeniesione z filtru przyrządu do próbówki, przepłukiwałem jeszcze kilkakrotnie czterochlorkiem węgla, wylewałem na gęste sito celem przepłukania w wodzie, i gdy się przekonałem przez zbadanie mikroskopowe i widmowe soku wyciśniętego z kawałeczków, że nie zawierają one krwi, przystępowałem do gotowania. Zagotowywałem w cylindrze szklanym 100-krotną ilość wody przekroplonej z dodatkiem zgęszczonego kwasu octowego (2 krople na litr wody) i do wrzącego płynu wrzucałem kawałeczki nadnerczy, gotując je przez 30 minut. Potem następowało 6—10 razy powtarzane odlanie wody, przepłukiwanie nadnerczy przez kilka minut w wodzie przekroplonej i wyjałowionej i gotowanie ze świeżą wodą, jednakże bez dodatku kwasu octowego. Wreszcie zagotowywałem nadnercza w próbówce przez 5 minut z 5-krotną ilością wody przekroplonej, wodę tę przesączałem przez niezwilżony sączek hartowany i 5 cm³ tego przesączu gotowałem z 1 cm³ 1% wodnego rozczynu ninhydryny przez minutę przy użyciu jałowego pręcika drewnianego. Gdy odczyn z ninhidryną wypadł ujemnie, nadnercza wraz z gotującą się wodą wlewałem do jałowego naczynia z szklanym korkiem i po zupełnem wypełnieniu naczynia toluolem przechowywałem je w ten sposób w ciemności i chłodzie.

W podobny sposób były sporządzone substraty z łożyska, grasicy, nerki i tarczycy. Narządy te miały barwę białą a tylko nadnercza i tarczyca lekki odcień żółtawy. Ilość użytego narządu przy odczynie wynosiła średnio od 0·25 do 0·40 g. Przed nastawianiem właściwego odczynu kontrolowałem je w ten sposób, że umieszczałem substrat w podwójnej ilości wody w cieplarce przez 20 godzin, poczem płyn sączyłem przez hartowany sączek. Pozostałość na sączku i resztki narządu, pozostałe na dnie lub ścianach naczynia, wygotowywałem w 5 cm³ wody przez kilka minut i znowu sączyłem. Następnie oba te przesącze zagęszczałem na łaźni wodnej do ilości 1 cm³, dodawałem taką samą ilość rozczynu ninhidryny i zagotowywałem celem przekonania się, czy sam narząd nie oddaje produktów rozkładu białka, dających dodatni odczyn z ninhidryną.

Jako dializatorów używałem rurek firmy Schleichera i Schülla Nr. 579 A, wypróbowanych i dostarczonych przez firmę Schöpsa w Halle. Rurki te, już wypróbowane, poddawałem mniej więcej co 4 tygodnie kontrolnym badaniom co do nieprzepuszczalności białka (20% rozczyn białka jaja kurzego) i co do równomiernej przepuszczalności peptonu jedwabnego (0·5%), a nadto badań tych dokonywałem za każdym razem, o ile zachodziły różnice w płynach badanych. Jako odczyny białka służyły próba biuretowa (33% NaOH i $^{1}/_{100}$ $CuSO_4$) tudzież próba z 33% kwasem sulfo-salicylowym; jako odczyn produktów rozkładu białka próba z 1% wodnym rozczynem ninhidryny. Próby ninhidrynowej dokonywałem, gotując dializat od pokazania się pierwszych baniek powietrza dokładnie przez minutę w jednakowych próbówkach przy użyciu jałowego drewnianego pręcika. Odczytywanie odczynu następowało po upływie ½ godziny. Czas dializy wynosił średnio 16 do 18 godzin. Zarówno woda na zewnątrz rurki, jak surowica wewnątrz rurki przez czas dializy znajdowały się pod 1 cm. grubą warstwą toluolu. Cieplarki nie używano do celów bakterjologicznych a ciepłota w niej wynosiła + 37° C. Zawsze używano naczyń jałowych i suchych, wody przekroplonej i wyjałowionej, nie dotykano rurek jak tylko zapomocą specjalnych szczypców.

W ten sposób postępując, zbadałem 14 przypadków. Wyniki badań uwidoczniają się najlepiej w zestawieniu na poniżej podanej tablicy, w której rubryka A oznacza liczbę porządkową i datę badania, rubryka B: nazwisko i wiek badanego, rubryka C: płeć, rubryka D: rozpoznanie kliniczne, rubryka E: czas, jaki upłynął między oparzeniem a badaniem, rubryka F: wynik odczynu z samą surowicą, rubryka G: wynik odczynu z surowicą + nadnercza, rubryka H: wynik odczynu z surowicą + łożysko, rubryka I: wynik odczynu z surowicą + nerka, rubryka K: wynik odczynu z surowicą + tarczyca, rubryka L: wynik odczynu z surowicą + grasica, rubryka M: uwagi, dotyczące prób kontrolnych, zachowania się surowicy, zejścia śmiertelnego i t. d. (zob. tabl. II.).

Z e s t a w i e n i e: Rzut oka na powyższą tablicę poucza już, że surowica oparzonych daje dodatni odczyn Abderhaldena z rozmaitymi narządami, jednak stale najwybitniej i najwyraźniej z nadnerczami. Co się tyczy czasu, kiedy się te zaczyny zjawiają po oparzeniu, to na podstawie powyższych przypadków trudno wysnuć jakieś ściślejsze wnioski. W każdym razie odnosi się wrażenie, że zaczyny zjawiają się już w kilka dni, a jeżeli surowica była brana do badania w czas dłuższy po oparzeniu, odczyn wypadał wyraźniej i silniej. Co się tyczy zależności odczynu od rozległości oparzenia, to na ogół można powiedzieć, że im rozleglejsze oparzenie, tem wyraźniejszy odczyn. Jakichkolwiek wniosków co do wpływu płci lub wieku oparzonych na wynik

Tablica II.

	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M
XLIII.	1. 28. IX. 1919	Stanisława Paszta lat 42	♀	Combustio II et III gradus faciei, colli, extremitatum super. et infer.	12 dni	— —	+++ +++	— —				Kontrole o Śmierć denatki następnego dnia (29. IX)
XLIV.	2. 28. XI. 1919	Jan Rejduch lat 50	♂	Combustio III gradus thoracis et regionis coxae dextrae	21 dni	—	+++	—			—	Kontrole o
XLV.	3. 28. XI. 1919	Władysław Krawiec lat 11	♂	Combustio I et II gradus faciei, dorsi manus utriusque	10 dni	— —	+ ±			+ ±	— —	Surowica okazuje pod mikrospektroskopem pierwszą smugę hemochromogenu
XLVI.	4. 1. XII. 1919	Julia Kulka lat 31	♀	Combustio II et III gradus extremitatum super. et infer.	10 dni	— —	++ ++	+ +		++ ++		Kontrole o Zmarła w 3 dni później (4. XII)
XLVII.	5. 13. XII. 1919	Marja Kańka lat 75	♀	Combustio II et III gradus fere 1/3 corporis	2 dni	—	+++		++	++	± ?	Kontrole o Śmierć tego samego dnia (por. także pod X.)
XLVIII.	6. 8. I. 1920	Marja Łuczywo lat 30	♀	Combustio II et III gradus dorsi et regionis glutealis	14 dni	—	++	—	+	± ?	—	Kontrole o
XLIX.	7. 12. I. 1920	Jan Mieszaniec lat 27	♂	Combustio I et II gradus faciei, colli, thoracis, manus utriusque	$1^1/_2$ dnia	— —	+ ? + ?		— —	— —	— —	Kontrole o
L.	8. 14. I. 1920	Roman Kluczewski lat 32	♂	Combustio I et II gradus faciei et manus utriusque	4 dni	— —	+ +		+ +	+ +	— —	Kontrole o
LI.	9. 24. I. 1920	Adolf Sala lat 15	♂	Combustio II et III gradus extremitatis infer. utriusque	2 dni	—	+ ?		+ ?	—		Kontrole o Śmierć w miesiąc później (por. także pod XIII)
LII.	10. 13. II. 1920	Michał Osiński lat 44	♂	Combustio I et II gradus faciei, colli, abdominis, II et III gradus manus et antibrachii utriusque	3 dni	—	++		+	±	—	Kontrole o
LIII.	11. 13. II. 1920	Józef Szymula lat 44	♂	Combustio I et II gradus faciei, colli, II et III gradus manus et antibrachii utriusque	3 dni	— —	+ +		± +	± —	— —	Kontrole o
LIV.	12. 8. III. 1920	Jan Pietruszka lat 70	♂	Combustio I et II gradus faciei	2 dni	— —	— —	— —	— —	— —	— —	Kontrole o
LV.	13. 13. III. 1920	Łukasz Kwiecień lat 51	♂	Combustio I, II, III gradus faciei et extremitatis super. utriusque	1 dzień	—	—		—	—	—	Kontrole o
LVI.	14. 12. IV. 1920	Józef Halik lat 19	♂	Combustio II gradus faciei et extremitatum superiorum et inferiorum	12 dni	—	++	+ ?	+	+	+ ?	Kontrole o

odczynu nie można wysnuć. W każdym razie badania z tej grupy przemawiają za tem, że w surowicy oparzonych znajdują się zaczyny proteolityczne, rozkładające z narządów najsilniej nadnercze. Zachodziłoby jeszcze pytanie, która część nadnercza wchodzi głównie w rachubę, czy substancja rdzeniowa, czy korowa. Miałoby to zasadnicze znaczenie, ponieważ nadnercza, jak wiadomo, tworzą tylko anatomicznie jeden narząd, natomiast tak pod względem rozwojowym i histologicznym, jak fizjologicznym i patologicznym tworzą dwa zupełnie odrębne układy, t. j. układ adrenalinowy (substancja rdzeniowa) i interrenalny (substancja korowa). Chcąc się przekonać pod tym względem, oddzieliłem możliwie dokładnie obie substancje nadnerczy i nastawiłem w kilku razach obie oddzielnie, lecz wynik był w obu jednakowy. Możnaby stąd wyciągnąć wniosek, że obie odgrywają jednakową rolę, z drugiej atoli strony nie jest wykluczone, że zupełnie dokładne oddzielenie obu substancji zapomocą noża nie da się uskutecznić tak, aby cząsteczki kory mogły nie zawierać nieco substancji rdzeniowej i naodwrót, i że w ten sposób odczyn mógł wypaść w obu razach jednakowo.

5. Grupa badań.

Z badań powyższych, przeprowadzonych w kilku kierunkach, wynika, że przy oparzeniu odgrywają ważną rolę nadnercza, i to zarówno ich substancja rdzeniowa, jak korowa. Przemawiają za tem przedewszystkiem wyniki badań anatomo-histologicznych zarówno u osób, jak i zwierząt doświadczalnych, które zginęły z oparzenia, wykazujące, że ze wszystkich narządów okazują nadnercza największe zmiany. Zmiany te charakteryzują się przekrwieniem gruczołów, połączonem nieraz z rozległymi krwotokami, niszczącymi gruczoł, zmniejszeniem się a nawet zniknięciem substancji chromochłonnej i lipoidów. Powtóre badanie chemiczne wykazuje zmniejszenie się a nawet zniknięcie lipoidów i adrenaliny w nadnerczach osób i zwierząt oparzonych. Wreszcie badanie biochemiczne surowicy osób oparzonych sposobem Abderhaldena wykazuje, że surowica oparzonych rozkłada najłatwiej i najwybitniej białko nadnerczy.

Pomijając dotąd jeszcze nie rozstrzygnięte zagadnienie przyczyny śmierci po wycięciu nadnerczy, oraz pytanie, czy adrenalinę można uważać za wydzielinę wewnętrzną nadnerczy (Popielski i inni), a opierając się tylko na faktach, że zarówno brak czynności kory jak i substancji rdzeniowej nadnerczy pociąga za sobą śmiertelne następstwa, należało przyjąć, że zmiany tak znaczne w narządzie, do życia bezwarunkowo koniecznym, muszą wywołać w ustroju cały szereg objawów chorobowych, a nawet

mogą sprowadzić zejście śmiertelne. Zachodziło atoli pytanie, czy zmiany te w nadnerczach, wywołane działaniem wysokiej ciepłoty, należy uważać za pierwotne i główne, do których można odnieść wszystkie objawy chorobowe i przyczynę zejścia śmiertelnego przy oparzeniu, czy też są one tylko jednym z licznych objawów w obrazie chorobowym oparzenia. Przyjęcie pierwszego przypuszczenia tłómaczyłoby śmierć z oparzenia brakiem czynności nadnerczy, czyli t. zw. niedomogą nadnerczynową (insufficientia suprarenalis) w myśl teorji Koliski. Takie tłómaczenie jest bardzo zachęcające. Jeżeli bowiem porównamy objawy, występujące po oparzeniu, z objawami niedomogi nadnerczynowej, to ich wzajemne podobieństwo uderza wprost w oczy. W obu przypadkach występuje obniżenie się ciśnienia krwi, spadek ciepłoty ciała, ogólny upadek sił i t. p. Także występujące nieraz przy oparzeniach zaburzenia żołądkowo-jelitowe mogłyby być uważane za objawy braku czynności nadnerczy. Następnie byłoby zrozumiałe, dlaczego jadowitość moczu zjawia się często tak późno. Dopóki bowiem nadnercza wykonują swoje antytoksyczne działanie, dopóty zobojętniają jady, powstałe przy oparzeniu i mocz nie ma trujących własności; w miarę wyczerpywania się układu chromochłonnego zjawia się jadowitość moczu. Słabszym rozwojem układu chromochłonnego u dzieci możnaby tłómaczyć większą ich wrażliwość na czynniki termiczne. Możnaby także przyjąć, że odgrywa tu nadto wybitną rolę antagonistyczne do nadnerczy działanie grasicy, silnie rozwiniętej i działającej w młodym wieku (Hornowski i inni). Zdaje się jednak, że tę większą wrażliwość dzieci na oparzenia najprościej odnieść do stosunku powierzchni ich ciała do ciężaru, jak już o tem powyżej była mowa.

Także fakt, trudny do objaśnienia innemi teorjami, a stwierdzony licznemi spostrzeżeniami autorów, tudzież mojemi własnemi (porówn. pod I, III, XIII), że śmierć oparzonych występuje nieraz nawet po kilku tygodniach, gdy już rany oparzelinowe są na wygojeniu, i to nagle wśród typowego spadku ciepłoty ciała i ciśnienia krwi, dałby się tłómaczyć w ten sposób, że nadnercza przez pewien czas pracowały, aż wreszcie przyszło do ich wyczerpania. Ponieważ sprawność nadnerczy jest indywidualna u rozmaitych osobników, zatem byłoby zrozumiałe, dlaczego przy tych samych stopniach i rozległości oparzeń jedni szybciej, drudzy później giną.

Pomimo, iż tłómaczenie powyższe wydaje się wielce trafne, musiałem sobie zadać pytanie, jak je pogodzić z tak przekonującemi badaniami z ostatnich czasów Pfeiffera, Heydego i Vogta, z których wynika, jak już przedtem wspomniałem, że między obrazem chorobowym oparzenia, a wstrząsem anafilaktycznym lub zatruciem produktami rozkładu białka istnieje zupełna analogja, że zatem oparzenie należy uważać za zatrucie produktami rozkładu białka. Celem rozstrzygnięcia tej wątpliwości należało zbadać, czy wstrząs anafilaktyczny, względnie zatrucie produktami rozkładu białka, nie wywołują także analogicznych zmian w nadnerczach, jakie stwierdza się przy oparzeniu. W tym bowiem razie mielibyśmy tylko jeden z licznych wspólnych objawów w obu procesach chorobowych. W razie zaś ujemnego wyniku badania należałoby raczej zmiany w nadnerczach uważać za pierwotne i swoiste, wywołane działaniem wysokiej ciepłoty.

W tym celu przystąpiłem do badań, które miały stwierdzić zachowanie się nadnerczy w przypadkach wstrząsu anafilaktycznego i zatrucia peptonem. Doświadczenia wykonałem na królikach, psie i świnkach morskich. Dla dwóch pierwszych gatunków zwierząt służyły za kontrolne obrazy mikroskopowe preparaty z nadnerczy tych zwierząt z 2. grupy badań. W celu zaś poznania prawidłowych stosunków w nadnerczu świnki morskiej wykonałem osobne doświadczenie. Króliki uczulałem według Friedemanna, psa według Biedla i Krausa, świnki morskie według Pfeiffera. Technika badań nadnerczy była zupełnie ta sama, jak w 2. grupie badań.

LVII. Doświadczenie 1. Królik czarny z białym nosem, ♀, 2500 g. Dnia 6 marca wstrzyknięto do żyły usznej 2·5 cm³ surowicy ludzkiej. Taką samą dawkę, w ten sam sposób wstrzyknięto po raz wtóry dnia 3 kwietnia i po raz trzeci dnia 10 kwietnia. Królik zaraz po wstrzyknięciu okazuje drgawki głowy, przyspieszenie oddechu i kładzie się niedługo na bok. Ciepłota ciała, wynosząca przed wstrzyknięciem + 38° spadła po 2 godzinach do + 30·7 C. Zwierzę leży apatycznie i sprawia wrażenie ciężko chorego. W 7 godzin po wstrzyknięciu ostatniem zabito je przez uderzenie w kark. Wykonana zaraz sekcja zwłok dała poza przekrwieniem wszystkich narządów, zwłaszcza zaś jamy brzusznej i nielicznemi wybroczynami pod błonami surowiczemi, wynik ujemny. Nadnercze prawe 0·32 g, lewe 0·38 g. Lipoidy prawidłowe. Komórek chromochłonnych mniej niż w preparatach z nadnerczy kontrolnych, jednak w każdym razie dość liczne, ciemno-brunatno zabarwione, rozrzucone bezładnie po całej substancji rdzeniowej. Masy brunatne także w naczyniach. Jedyną większą zmianą było niezwykle silne przekrwienie gruczołów i wylewy krwawe włosowate, najwybitniej zaznaczone w warstwie pasmowej kory.

LVIII. Doświadczenie 2. Królik czarny, ♂, 1810 g. (z laboratorjum bakterjologicznego W. P. w Krakowie), uczulany wstrzykiwaniami śródżylnemi 1—2 cm³ w odstępach tygodniowych 5% zawiesiny krwinek baranich w fizjologicznym rozczynie soli kuchennej. W kilkanaście godzin po trzeciem wstrzyknięciu w dniu 27 marca padł wśród objawów wstrząsu. Wykonana w kilka godzin sekcja zwłok wykazała wszędzie krew płynną, silne przekrwienie wszystkich narządów, liczne wybroczyny podopłucne. Nadnercze prawe 0·20 g, lewe 0·21 g. Badanie mikroskopowe wykazuje znaczne zmniejszenie się lipoidów. Komórki chromochłonne bardzo nieliczne, rozrzucone tu i ówdzie w substancji rdzeniowej, bledsze, jasno-brunatno zabarwione. Substancja rdzeniowa bardzo silnie przekrwiona, kora słabiej; na granicy obu substancyj i w warstwie pasmowej kory włosowate wybroczyny.

LIX. Doświadczenie 3. Królik popielato-szary, ♂ 1430 g. (z laboratorjum bakterjologicznego W. P.) padł o jeden dzień później wśród tych samych warunków, jak poprzedni. Sekcja zwłok również z wynikiem tym samym. Nadnercze prawe 0·16 g, lewe 0·18 g. Lipoidy znacznie zmniejszone. Komórki kory, miejscami o budowie gąbczastej, barwią się gorzej, protoplazma przyćmiona. Substancji chromochłonnej zupełny brak w komórkach substancji rdzeniowej i w naczyniach. Naczynia wszędzie bardzo znacznie poroszerzane. Na pograniczu obu substancyj rozległe i bardzo liczne wylewy krwawe.

LX. Doświadczenie 4. Pies biały, ♂, 5500 g. Dnia 11 marca wstrzyknięto 4 cm³ podskórnie, zaś 2 kwietnia do żyły szyjnej prawej 10 cm³ surowicy bydlęcej, unieczynnionej. Pies przez pierwsze dwie minuty niespokojny, wyje, stara się zerwać ze stolika, oddaje kał i mocz. Potem leży spokojny a po odwiązaniu okazuje ciągłe parcie na stolec i wzwód prącia. Z czasem liczne i obfite wolne stolce, ogólna apatja, ciągłe leżenie mimo drażnienia na boku; jednem słowem zwierzę sprawia wrażenie ciężko chorego. Ciepłota ciała, mierzona w 20 minut po drugiem wstrzyknięciu, okazuje spadek z + 39·3° C do + 37° C. Stan ten trwa około 3 godzin, poczem ciepłota wraca do poziomu prawidłowego, ogólny stan zwierzęcia poprawia się, zaczyna ono chciwie pić i jeść. W 7 godzin od reinjekcji zwierzę struto przez wstrzyknięcie do serca i jamy opłucnej 10 cm³ zgęszczonego rozczynu sinku potasu. Natychmiastowa śmierć. Sekcja z wynikiem ujemnym. Nadnercze prawe 0·61 g. lewe 0·63 g. Pod mikroskopem przekrwienie tylko substancji rdzeniowej. Komórek chromochłonnych dużo, lecz blado-żółto zabarwione. Tak samo zabarwione masy w naczyniach rozszerzonych. Lipoidy prawidłowe.

LXI. Doświadczenie 5. 10/IV. Świnka morska biało-żółta, ♀, 350 g. Struta przez wstrzyknięcie sinku potasu do jamy opłucnej. Śmierć po kilkunastu sekundach. Sekcja z wynikiem ujemnym. Nadnercze prawe 0·13 g, lewe 0.15 g. Lipoidy prawidłowe, dość obfite. Substancja chromochłonna obfita w komórkach i w naczyniach rdzenia. Poza jednem miejscem, we wszystkich preparatach się powtarzającem, w warstwie pasmowej kory, gdzie stwierdza się kilka włosowatych wybroczyn, zresztą nigdzie ani silniejszego przekrwienia ani wybroczyn nie można się dopatrzeć.

LXII. Doświadczenie 6. Świnka morska czarno-żółta, ♀, 415 g. Dnia 6 marca wstrzyknięto śródotrzewnie 0·05 cm³, zaś dnia 30 marca tak samo 2·5 cm³ surowicy ludzkiej. Typowe, znane objawy wstrząsu anafilaktycznego, między innymi spadek ciepłoty z + 38·2° C do + 25·5° C. Śmierć po 70 minutach. Sekcja zaraz wykonana wykazała przekrwienie wszystkich narządów, zwłaszcza jelit, liczne wybroczyny pod błonami surowiczemi i w błonie śluzowej jelit. Nadnercze prawe 0·14 g, lewe 0·17 g. Lipoidy bez zmian. Komórki chromochłonne mniej liczne, głównie w częściach obwodowych substancji rdzeniowej. Przekrwienie całego gruczołu, zwłaszcza substancji rdzeniowej. Nieliczne wybroczyny włosowate w warstwie pasmowej kory.

LXIII. Doświadczenie 7. Świnka morska, biała, ♂, 200 g. Dnia 9 marca wstrzyknięto podskórnie 0·1 cm³, zaś 30 marca powtórnie 2·5 cm³ surowicy ludzkiej śródotrzewnie. Śmierć po 100 minutach wśród typowych objawów nadwrażliwości, między innymi spadek ciepłoty ciała z + 34·2° C do + 27° C. Wynik sekcji jak u poprzedniej. Nadnercze prawe 0·15 g, lewe 0·16 g. Lipoidy nieco zmniejszone. Komórki chromochłonne bardzo nieliczne. Bardzo silne przekrwienie całego gruczołu, zwłaszcza substancji rdzeniowej; wylewy krwawe i nacieki krwawe, miejscami bardzo wybitne, głównie w warstwie pasmowej kory.

LXIV. Doświadczenie 8. Świnka morska, czarno-żółto-biała, ♂, 400 g. Dnia 9 marca wstrzyknięto śródotrzewnie 0·1 cm³, zaś 30 marca śródsercowo 1·0 cm³ surowicy ludzkiej. Śmierć po dwóch minutach przy bardzo silnych drgawkach. Sekcja zwłok poza rozdęciem płuc i przekrwieniem wszystkich narządów z wynikiem ujemnym. Nadnercze prawe 0·23 g, lewe 0·25 g. Obraz mikroskopowy zupełnie jak u zwierzęcia kontrolnego. Nie stwierdza się ani przekrwienia większego, ani zniknięcia lub zmniejszenia się lipoidów i substancji chromochłonnej.

LXV. Doświadczenie 9. 10/IV. Świnka morska biała, ♂, 462 g. Wstrzyknięto śródotrzewnie 2·5 cm³ 10% rozczynu peptonu Wittego. Po godzinie ciepłota ciała spadła z + 39° C do + 37° C, zwierzę osowiałe, o zjeżonym włosie, czasem występują słabe drgawki; po 2 godzinach stan poprawia się, świnka wesoła, je. W 7 godzin po wstrzyknięciu zabito ją przez wstrzyknięcie sinku potasu. Sekcja zwłok z wynikiem ujemnym. Nadnercze prawe i lewe waży po 0·25 g. Badanie mikroskopowe wykazuje: silne przekrwienie całego gruczołu, zwłaszcza substancji rdzeniowej, zmniejszenie się nieznaczne substancji chromochłonnej, prawidłowe lipoidy.

Zestawienie: Badania powyższe dowodzą, że nadnercza oddziałują także we wstrząsie anafilaktycznym i w zatruciu peptonem zmianami podobnemi, jak przy oparzeniu. Tylko w przypadku ostrego wstrząsu, kończącego się już w 2 minutach zejściem śmiertelnem u świnki morskiej, nie dało się stwierdzić

żadnych zmian w nadnerczach. Można to tłómaczyć z jednej strony tem, że ustrój nie miał czasu przed zejściem śmiertelnem oddziałać, z drugiej strony tem, że śmierć w ostrym, piorunującym wstrząsie anafilaktycznym, jaki występuje po śródsercowej reinjekcji, nie jest następstwem zatrucia ustroju, lecz jest śmiercią z uduszenia wskutek skurczu mięśni oskrzelowych, jak tego dowodzą badania licznych autorów (Gay i Southardt, Auer i Lewis i inni). Przy wstrząsach przedłużonych, jakie się otrzymuje przez reinjekcję śródotrzewną lub podskórną, obraz anatomiczny w nadnerczach, podobnie jak przy oparzeniu, jest tem silniej zaznaczony, im dłuższy czas żyły zwierzęta. Ponieważ u psa nie udało się wywołać zejścia śmiertelnego we wstrząsie anafilaktycznym i zwierzę już w około 3 godziny po reinjekcji przyszło do siebie, zmiany w nadnerczach były stosunkowo małe (nieznaczne przekrwienie, zwłaszcza substancji rdzennej i zmniejszenie się substancji chromochłonnej). To samo odnosi się do zatrucia peptonem i do faktu, że w żadnym z przypadków nie stwierdzono zmniejszenia się lipoidów, które, jak widzieliśmy, przy oparzeniu także dopiero później (w drugiej dobie) znikają.

Stwierdzenie identycznych zmian w nadnerczach przy wstrząsie anafilaktycznym i przy oparzeniu nie dozwala uważać ich za charakterystyczne tylko dla oparzenia, a także przypisywać im, jako pierwotnym, przyczyny śmierci z oparzenia. Przemawia bowiem przeciw temu fakt, że są one tem wybitniejsze, im dłuższy czas upłynął od śmierci, a nadto, że nadnercza oddziaływają zapomocą tych samych zmian także w rozmaitych chorobach zakaźnych (najwybitniej przy błonicy), przy zatruciach chemikaljami (fosfor, arsen, sole chromowe i t. d.), a także przy zatruciach rozmaitymi produktami białka (nad czem obecnie odrębnie pracuję). Przyjąć więc należy, że opisane zmiany w nadnerczach są wtórne, jako jeden z objawów w ogólnym obrazie chorobowym oparzenia, wywołany zatruciem ustroju produktami rozkładu białka. W każdym razie uderza niezwykle wybitny współudział tego narządu w zespole objawów toksycznej przyrody.

Wnioski.

Wadą zasadniczą wszystkich teoryj, które podano z biegiem czasu w celu wyjaśnienia patogenezy śmierci z oparzenia, było opieranie ich wyłączne na poszczególnych objawach chorobowych, klinicznie lub doświadczalnie zbadanych, albo też na zmianach anatomicznych w poszczególnych narządach. W ten sposób utworzone teorje zużytkowywały z całokształtu obrazu oparzenia tylko te szczegóły, które się nadawały najlepiej do ich uzasadnienia a pomijały inne, któreby zdolne były niemi zachwiać. Staraniem mojem było uniknąć jednostronności i dlatego postanowiłem rozpatrzyć zagadnienie patogenezy śmierci z oparzenia na podstawie możliwie zupełnej, t. j. opartej zarówno o pełny obraz kliniczny i patologiczno-anatomiczny, jak i o wynik badań doświadczalnych, dokonanych w możliwie szerokim zakresie przy równoczesnem uwzględnieniu krytycznem dotychczasowego dorobku naukowego. Na tej więc podstawie opierając się, dochodzę do następujących wniosków:

1) Śmierć wczesna z oparzenia, która nastaje już w pierwszych godzinach po doznanem oparzeniu, może nastąpić z przyczyn rozmaitych, z których jednak na plan pierwszy wysuwa się nawet w tym rodzaju śmierci z oparzenia czynnik toksyczny. Za dalsze czynniki, tłómaczące tę śmierć, należy uważać: wstrząs nerwowy, rozpad krwinek, hemolizę termiczną i utratę znaczniejszej ilości osocza krwi. Z wymienionych tu czynników drugorzędnych raz ten, raz ów zyskuje na znaczeniu zależnie od przyrody przypadku.

2) Śmierć późna z oparzenia następuje w przeciwstawieniu do poprzedniej wczesnej wyłącznie tylko wskutek zatrucia ustroju.

3) Czynnikiem trującym, sprowadzającym śmierć późną z oparzenia, są jadowite produkty białka ustrojowego, zniszczonego przez wpływ wysokiej ciepłoty. Rozkład białka, zniszczonego przez wysoką ciepłotę, powstaje pod wpływem zaczynów proteolitycznych.

4) Produkty jadowite, powstałe z rozkładu białka, działają najsilniej na nadnercza, które też wykazują najznaczniejsze zmiany ze wszystkich narządów wewnętrznych u osobników, zmarłych śmiercią późną z oparzenia.

5) Zmiany te w nadnerczach przedstawiają się głównie trojako t. j. jako przekrwienie miąższu całego gruczołu, zwłaszcza zaś jego substancji rdzeniowej, połączone często z wylewami krwawymi, dalej jako zmniejszenie się substancji chromochłonnej, wreszcie jako zmniejszenie się lipoidów.

6) Zmiany powyższe, spotykane stale w nadnerczach, nie są pierwotne, lecz następowe, a dowodzą one, iż w początkowym okresie po doznanem oparzeniu czynność nadnerczy się wzmaga w sposób mniej lub więcej znaczny, poczem w dalszym okresie nastaje jej obniżenie a nawet wyczerpanie.

7) Tak więc późna śmierć z oparzenia nastaje wskutek zatrucia ustroju produktami rozkładu białka, a zatrucie to wywołuje wyczerpanie układu chromochłonnego.

8) Z badań powyższych dają się wysnuć wskazówki teoretyczne dla prób leczenia oparzeń. Próby te winny podążać częścią w kierunku już rozpoczętym jak najwcześniejszego wycinania części oparzonych celem usunięcia materjału, z którego tworzą się produkty toksyczne białka, względnie w kierunku rozcieńczenia we krwi tych produktów i wydalenia ich przez wzmożoną diurezę zapomocą wlewań fizjologicznego rozczynu soli kuchennej (Weidenfeld, Zumbusch), częścią zaś w kierunku pobudzenia osłabionego układu chromochłonnego do dalszej sprawnej jego czynności, a dokąd takiego sposobu się nie znajdzie, w kierunku zasilenia ustroju oparzonych adrenaliną, podaną im w sposób odpowiedni.

Już na ukończeniu pracy mej otrzymałem pracę H. Pfeiffera, ogłoszoną w zeszycie listopadowym 1919 Zeitschrift f. d. gesammte experim. Medizin, który z przyczyn wojennych dopiero tak późno nas doszedł. Pfeiffer zajmuje się w pierwszej połowie swej pracy szczegółowo prawidłową i patologiczną histologją nadnerczy, w drugiej zaś zmianami w nadnerczach pod wpływem różnych czynników szkodliwych, jak po zabiegach na aparacie nerwowym (splanchnicotomia), pod wpływem mocznicy, pod działaniem fotodynamicznem światła i t. d. Między innemi zbadał on nadnercza u oparzonych królików i morskich świnek, i to zarówno u zwierząt pojedynczych, jak i żyjących w parabiozie i przekonał się, że zmiany w nadnerczach w postaci wylewów krwawych, zmniejszenia się lipoidów i komórek chromochłonnych występują także u zwierzęcia nieoparzonego, żyjącego w parabiozie ze zwierzęciem oparzonem. Ostatnie te doświadczenia uzupełniają się z mojemi doświadczeniami na psach, a dozwalają one pewnie wykluczyć jakikolwiek wpływ nerwowej przyrody, a przyjąć tylko czynnik przyrody toksycznej. Jak bowiem Zapelloni (przyt. według Pfeiffera) wykazał, między zwierzętami, będącemi w parabiozie, **nie** tworzą się wspólne drogi nerwowe, a istnieją tylko wspólne włosowate naczynia krwionośne. A zatem można napewno przyjąć, że zmiany w nadnerczach, jak znikanie substancji chromochłonnej, nie są wywołane silnym bodźcem skórnym (potwierdzają to moje doświadczenia na psach oparzonych w głębokiej narkozie), a nadto, że zmian tych w nadnerczach, zwłaszcza wybroczyn i krwawych nacieków, nie można uważać za następstwo zatorów wobec tylko włosowatego połączenia zwierząt parabiotycznych. Pfeiffer uważa za najprędzej występującą zmianę w nadnerczach przy oparzeniu znikanie substancji chromochłonnej i lipoidów, natomiast nie uważa przekrwienia i wybroczyn za stałą u wszystkich gatunków zwierząt i za patognomiczną zmianę w nadnerczach; przekrwienie i wybroczyny występowały u świnek, ale nie występowały u królików. W tym względzie różnią się wyniki badań Pfeiffera z mojemi, gdyż w doświadczeniach moich na królikach stwierdzałem już w krótkim stosunkowo czasie po oparzeniu przekrwienie i wybroczyny w nadnerczach. Przekrwienie i wybroczyny w nadnerczach uważam też właśnie za jeden z pierwszych i głównych objawów, który występował stale w nadnerczach ludzkich, psa, królika i świnki morskiej. Do tego też przekrwienia i wylewów krwawych odnosiłbym raczej inne zmiany, jak zmniejszenie się substancji chromochłonnej. Także dziwnem wydaje się w doświadczeniach tego autora, że króliki żyły 77 do 98 godzin mimo oparzenia przeszło $^{2}/_{3}$ powierzchni ciała przez 60 sekund, podczas gdy mnie, podobnie jak Hornowskiemu, nie udawało się nawet przy o wiele słabszem oparzeniu utrzymać przy życiu królika dłużej niż przez kilka godzin.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania prof. Dr K. Kleckiemu za udzielenie mi gościny w swoim zakładzie, użyczanie swych wskazówek i udostępnienie mi znacznej części piśmiennictwa, nadto prof. Dr L. Wachholzowi za oddanie do mego rozporządzenia materjału sekcyjnego i za ciągłą zachętę i rady wśród pracy, wreszcie doc. Dr F. Walterowi za życzliwe dostarczanie mi krwi z oparzonych z jego oddziału.

Piśmiennictwo.

1. Piśmiennictwo dotyczące nadnerczy: Biedl, Innere Sekretion. 1913. Wiedeń-Berlin. — Biehler, O nadnerczach. 1914. Warszawa. — Comessatti, D. m. W. 1909, 13, 576. Arch. f. exp. Path. u.

Phar. 1910, T. 62, 190. — Mühlbaum, D. m. W. 1909, 22, 982. — Popielski, Lwowski Tyg. lek. 1912, 22, 341. — Schmorl i Ingier, M. m. W. 1911, 19, 1046.

2. Piśmiennictwo dotyczące nadwrażliwości: H. Pfeiffer, Das Problem der Eiweissanaphylaxie, 1910. Jena. — Pruszyński, Anafilaksja. 1916. Warszawa.

3. Piśmiennictwo dotyczące odczynu Abderhaldena: Abderhalden, Abwehrfermente, 1914. Berlin (IV. wyd.). — Olbrycht, Przegl. lek. 1916. 3.

4. Piśmiennictwo dotyczące śmierci z oparzenia: dawniejsze (do roku 1890) według podręczników patologji, chorób skórnych, medycyny sądowej, tudzież według piśmiennictwa późniejszych prac; późniejsze: Ajello i Parascandolo, Gaz. degli osped. 1896, 83 i 1897, 79, przyt. wedł. Weidenfelda (l. c.) — Boyer u. Guinard, Virchow-Hirsch Jahresber. 1894. — Dohrn, Deut. Zeitsch. f. Chir. 1901, Z. 1—2, 469. — Eijkmann i Hoogenhuyze, Virch. A. 1906, T. 183, 377. — Ferrarini, Dermatol. Woch. 1913, Z. 12—13, 335. — Frankel i Spiegler, Wien. med. Bl. 1897, 5. — Helsted, Arch. f. kl. Chir. 1906, T. 79, 414. — Heyde i Vogt, Zeits. f. d. ges. exper. Med. 1913, T. I, 59. — Hock, W. m. W. 1893, 17. — Kijanitzin, Virch. A. 1893, T. 131, 61. — Kucharski, Przegl. lek. 1917. — Lustgarten, W. kl. W. 1891, 29. — Parascandolo, W. m. W. 1905, 20. — Pfeiffer, Virch. A. 1905, T. 180, 367, Zeits. f. Immunitatsforsch. 1911, T. 10, 550 i 1913, T. 18, 75 i 93, Das Problem d. Verbrühungstodes 1913. Wiedeń; M. m. W. 1914, 9. — Reiss, Arch. f. Derm. u. Syph. 1893, 142. — Salvioli, Virchow-Hirsch Jahresber. 1892. — Scagliosi, D. m. W. 1903, 29. — Schlesinger, Virch. A. 1891, T. 130, 145. — Scholz, M. m. W. 1900. — Seydel, Vjschrft. f. ger. Med. 1891, 253. — Silbermann, Virch. A. 1890, T. 99, 488. — Spiegler, Wien. m. Bl. 1896, 259. — Stockis, Arch. intern. de Pharm. 1903, 201. — Weidenfeld, Arch. f. Derm. u. Syph. 1902, 61, 33, — Weidenfeld i Zumbusch, Arch. f. Derm. u. Syph. 1905, 76, 77. — Welti, Zieglers Beitr. 1889/90, T. 4. — Wilms, Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1901, T. 8, 393.

5. Piśmiennictwo (zestawione chronologicznie) dotyczące udziału nadnerczy w oparzeniu: Churton, przyt. według Arnaud. — Arnaud, Arch. génér. de méd. N. S. 1900, Vol. IV, przyt. wedł. Koliski. — Moschini, Bull. della soc. med.-chir. di Pavia 1904, 3, przyt. według Koliski. — Napp, Virch. A. 1905, 182, 314. — Hornowski. Gaz. lek. 1909, 36, 785. — Albrecht i Weltmann, W. kl. W. 1911, 14, 483. — Kolisko, Vjschrft. f. ger. Med. usw. 1914, Suppl. str. 217. — Lattes, przyt. według refer. w Journ. de Phys. et Path. gén. 1917, 17, 114. — Luksch, Virch. A. 1917, 223, 296. — Nakata, Corr. Bl. f. Schweiz.-Arzte 1918, 48, 38, przyt. wedł. refer. w M. m. W. 1918, 47, 1331, w Centr. f. allg. Path. u. path. An. 1919, 1, w Arztl. Sachverstand.-Ztg. 1919, 9. — Pfeiffer, Zeits. f. d. gesamt. exp. Med. 1919, 10, 1.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgja.

Schlecht: **O znaczeniu dodatniego odczynu krwi utajonej i badania promieniami Röntgena dla rozpoznania raka żołądka.** (Mitt. a. d. Grenz. 1917, T. 29). W żadnej chorobie żołądka nie pojawia się tak często dodatni odczyn krwi utajonej w stolcu, jak w raku, wskutek czego odczyn ten, wykonany przy zachowaniu wszelkich warunków (bezmięsna djeta trzydniowa), jest z pomiędzy nieswoistych objawów raka najpewniejszym. Szczególniejszego znaczenia nabiera odczyn ten w połączeniu z wynikiem badania promieniami Röntgena. Przy braku innych objawów, a pewności, że krew utajona nie ma innego pochodzenia, dodatni odczyn daje wskazanie do próbnego otwarcia jamy brzusznej. Charakterystyczne jest przytem, że przy raku dodatni odczyn krwi utajonej w stolcu jest trwały, natomiast przy sprawach łagodnych (wrzód żołądka) jest zmienny. Stale się utrzymujący brak odczynu przemawia przeciw rakowi żołądka, z jednym wyjątkiem, mianowicie gdy chodzi o raki włókniste, które stosunkowo późno krwawią. Przy innych formach raka odczyn dodatni występuje stosunkowo bardzo wcześnie.
Dr Michejda.

Reinhardt: **O powikłaniu rozpoznawczego nakłucia mózgu. Wtórna gruźlica kanału wkłucia.** (Mitt. a. d. Grenzg. 1917, T. 29). Opis przypadku, w którym wskutek skaleczenia ogniska gruźliczego w płacie czołowym podczas nakłucia rozwleczono zakażenie gruźlicze wzdłuż całego kanału wkłucia aż pod skórę.
Dr Michejda.

Redwitz: **Fizjologja żołądka po resekcji poprzecznej.** (Badania doświadczalne). (Mitt. a. d. Grenzg. 1917, T. 29). Po poprzecznej resekcji żołądka u psów, zmniejszającej ten narząd nie więcej, niż o trzecią część, nie różni się żołądek kształtem swoim prawie wcale od prawidłowego żołądka; jest tylko wyraźnie zmniejszony, a przez środek jego przechodzi okrężna blizna. Histologiczne badania stwierdziły, że blizny we wszystkich warstwach są bardzo nieznaczne. Pod względem czynnościowym taki zmniejszony żołądek spełnia w zupełności swe zadanie jako narząd trawiący. Ruchomość jego jest prawie niezmieniona, a tylko w tych przypadkach, gdzie usunięto większy odcinek części odźwiernikowej, upośledzona jest siła ruchowa żołądka. Dotyczy to nie tyle wydalania pokarmów do dwunastnicy, ile ich wymieszania w żołądku. Żołądek resekowany wydziela pod względem jakościowym (stopień kwaśności i zawartość pepsyny) sok identyczny z tym, jaki wydziela prawidłowy żołądek. Równe ilości białka trawi resekowany żołądek prawie tak samo, jak prawidłowy, jedynie czas trwania tej czynności jest w żołądku operowanym dłuższy. Są podstawy do przypuszczenia, że wyniki te z pewnemi ograniczeniami można przenieść na człowieka, że zatem okrężna resekcja żołądka byłaby zabiegiem zachowawczym w tem znaczeniu, iż usuwając doszczętnie cierpienie (wrzód) nie zmieniałaby ani kształtu, ani sprawności żołądka. Dr Michejda.

Fabian: **Wyniki operacyjnego leczenia choroby Basedowa.** (Bruns Beitr. z. kl. Ch. 1919, 115, 1). Na podstawie skrzętnie zebranych danych z piśmiennictwa dochodzi F. do wniosków następujących: Zabieg operacyjny 1) usuwa przyspieszenie tętna, bicie serca i rozszerzenie serca, o ile ono zadługo nie trwało; 2) zmniejsza — rzadziej usuwa — wysadzenie gałek ocznych; 3) objawy podmiotowe znikają szybko; 4) waga ciała wzrasta, wraca zdolność do pracy. Inne objawy (drżenie, poty, biegunki, wymioty, zmiany barwikowe i t. p.) najczęściej także ustępują. Na zaburzenia umysłu zabieg pozostaje zwykle bez wpływu.
Dr Michejda.

Naegeli: **Sprawozdanie z 1000 przypadków wola z kliniki Garrego.** (Bruns B. z. kl. Ch. 1919, 115, 1). W etyologji wola obok innych nieznanych czynników nie bez znaczenia jest korrelacja z czynnością narządów rodnych. Z metod operacyjnych poleca N. najwięcej kombinację wyłuszczenia z resekcją ewentualnie z równoczesną resekcją lub wyłuszczeniem drugiej strony. Wskazana jest podwiązka dwóch, trzech, a nawet czterech naczyń, szczególnie przy chorobie Basedowa, przy której należy usunąć jaknajwięcej tkanki gruczołowej. W pewnych przypadkach choroby Basedowa wskazane jest usunięcie wzgl. zmniejszenie grasicy.
Dr Michejda.

Brodfeld: **O cedoformie.** (Med. chir. Centr. 1920, 3). B. poleca zamiast lyzolu cedoform, który w rozczynie wodnym 5:100.000 zabija gronkowce. Cedoform służy przeważnie do odkażania rąk i przyrządów chirurgicznych (dwie łyżki cedoformu na jedną miednicę wody).
J.

Choroby kobiece i położnictwo.

Albert Sippel: **Zwalczanie zakażeń porodowych.** (Zeit. f. Aerztl. Fort. 1916, 7). Chcąc uniknąć zakażeń porodowych i poporodowych, musimy tak postępować, jak przy ranach chirurgicznych. Dlatego też powinniśmy uniemożliwić dostęp zarazkom z zewnątrz do ciała rodzącej czy też położnicy. Wszystko, co ma się stykać z jej narządami rodnymi, powinno być aseptycznie czyste. Czem rzadziej się bada, tem rzadziej zakażenie występuje. O ile na rękach naszych znajdują się zwykłe, nie złośliwe zarazki, to usuwamy je przez dokładne odkażenie rąk. Lekarz, mający do czynienia i ze złośliwymi zarazkami, powinien przystępować do porodu po dokładnem odkażeniu rąk, w wygotowanych gumowych rękawiczkach. Odkażenie rąk przed włożeniem rękawiczek jest z tego względu potrzebne, że rękawiczki

mogą pęknąć podczas zabiegów położniczych. Dla odkażenia rąk najlepszą jest metoda Fürbringera: 3 minuty mycie szczotką wodą z mydłem i oczyszczenie paznokci; 5 minut znowu mycie szczotką wodą z mydłem, spłukanie wodą; nakoniec 3 minutowe odkażenie w 80% wyskoku, do którego należy włożyć ręce jeszcze wilgotne i w nim myć je szczotką. Autor doradza po wyszczotkowaniu rąk w wyskoku, wyszczotkować je jeszcze w 1% wodnym roztworze sublimatu. Oprócz rąk, muszą być również wyjałowione narzędzia i materjał do szycia.

Daleko trudniejszem jest zabezpieczenie rodzącej przed zakażeniem, mającem swe źródło w bakterjach, saprofitujących na ciele rodzącej. Ostatnie badania wykazały, że w pochwie mogą stale saprofitować zarazki złośliwe. Bakterje te mogą wywołać u rodzącej gorączkę połogową pomimo stosowania wszelkiej aseptyki i dokonywania zabiegów w rękawiczkach wygotowanych. Zakażenie to może być bardzo ciężkie i zakończyć się śmiercią. Zakażenia takie występują nawet przy porodach, odbywających się bez jakichkolwiek rękoczynów. Prawidłowo ustrój potrafi jednak zwalczyć te bakterje, znajdujące się w pochwie, już przed porodem. Gdyby tej samoobrony nie było, niezliczone położnice zachorowywałyby na gorączkę połogową pomimo zastosowania przez położnika osobistej aseptyki. Szkodliwsze są bakterje, które już podczas porodu wtargnęły do pochwy ze sromu. Wtedy podłoże (treść pochwy) nie jest już kwaśne, ale zasadowe (krew, wody płodowe), a więc korzystne dla rozwoju i wzrostu jadowitości bakterji. Dlatego też powinniśmy wszelkiemi siłami bronić bakterjom dostępu z zewnątrz do pochwy z rozpoczęciem się akcji porodowej. Obcinamy włosy łonowe, zmydlamy gruntownie zewnętrzne narządy rodne, zlewamy je roztworem sublimatu lub lysolu. Układamy rodzącą na czystej pościeli, narządy rodne przykrywamy wyjałowioną watą lub wyjałowionym ręcznikiem. Srom zmywamy wacikiem, zanurzonym w roztworze lysolu, przed każdem badaniem; badania jaknajbardziej ograniczamy i badania pochwowe zastępujemy badaniami przez odbytnicę. Najlepiej ostatnie dokładne badania przeprowadzić na 2—3 tygodnie przed porodem.

Nie jest obojętnem dla porodu, jeżeli ciężarna jest chora na chorobę wywołaną przez paciorkowce, gronkowce, przez bakterje błonicze i t. d. Bakterje mogą być wtedy przeniesione do narządów rodnych rękoma i t. d. Dlatego też należy wtedy ogolić srom, powłoki skórne jego namydlić, zlać roztworem lysolu, osuszyć wyjałowioną serwetką, wyjodynować; błony śluzowe sromu obmyć dokładnie roztworem sublimatu 1 pro mille i tym samym roztworem przestrzyknąć, pod niskiem ciśnieniem, pochwę, najlepiej podczas bólu porodowego. Po tem odkażeniu należy położyć przed sromem wyjałowioną watę, napojoną roztworem lysolu lub sublimatu. Po tem wszystkiem trzeba unikać, o ile możności, badania. Jeżeli w okolicy sromu znajduje się czyrak lub ropowica, szczególniej je wyjodynować. Podczas porodu, stosownie do okoliczności, powtórzyć jodynowanie. Zapalenie pęcherza, stwierdzone podczas ciąży, winno być troskliwie leczone. Jeżeli stwierdzimy zapalenie pęcherza podczas porodu, to należy mocz odprowadzać cewnikiem i często obmywać srom środkami odkażającymi.

Treść pochwy staje się zasadową także przy wszystkich chorobach, połączonych z upławami i stanowi wtedy dobre podłoże dla bakterji. Dlatego, jeżeli istnieją upławy, radzą już w czasie ciąży przestrzykiwać pochwę lysolem, lysoformem ½%, kwasem mlecznym w roztworze (Zweifel). Upławy wiewiórowe leczy się przetworami srebra. Przy dłużej trwającym porodzie trudno jest uniknąć i tego, aby bakterje z zewnątrz nie dostały się do pochwy, nawet bez badania rodzącej. Stąd dość często zdarzają się gorączki połogowe po dłużej trwających porodach. Autor radzi w podobnych przypadkach przestrzykiwać pochwę zapobiegawczo 3—4-krotnie w ciągu 24 godzin roztworem lysolu. Macica połogowa wraz z przydatkami jest narządem ze zmniejszoną siłą odporną. Pozostałe części błon porodowych, otwarte naczynia krwionośne w macicy, wszystko to przyczynia się do osłabienia siły odpornej macicy i wzmożenia jadowitości zarazków. Stąd zarazki, które w pochwie były zupełnie niezłośliwe, stają się w macicy złośliwymi. Dlatego też przy wszelkich rękoczynach położniczych w macicy trzeba zapobiegać wtargnięciu zarazków z pochwy do macicy i w tym celu, przed dokonaniem tych rękoczynów, należy dokładnie przestrzyknąć pochwę roztworem lysolu lub sublimatu.

Twardy napięty pęcherz płodowy, zstępujący podczas bólów porodowych głęboko do pochwy, a cofający się w przerwach, może również przenosić zarazki z pochwy do macicy. Żeby temu zapobiedz, przerywamy pęcherz płodowy. Długo przerzynająca się główka, cofa się w przerwach między bólami i również może przenosić zarazki z pochwy do macicy. Radzą więc w takich razach obmywać odcinek główki, znajdujący się przed wejściem, wacikiem, zmaczanym w lysolu. Dr Tadeusz Kon.

Adolf Zinser: **Czy rzucawka jest zatruciem powstałem wskutek rozpadu białka.** (Zeitschr. f. Geb. T. 78, 2). Mocz świnek morskich, wydzielany podczas przedłużonego wstrząsu anafilaktycznego, wstrzyknięty świnkom morskim, wywołuje taki sam wstrząs anafilaktyczny. Wstrzyknięcie świnkom morskim do jamy brzusznej moczu zdrowych kobiet nie ciężarnych wywołuje długotrwałe podniesienie się ciepłoty, wyjątkowo nieznaczny jej spadek. Mocz zdrowych ciężarnych, rodzących, a szczególniej położnic, wstrzyknięty do jamy brzusznej świnkom morskim, wywołuje obniżenie się ciepłoty częściej, niż mocz nieciężarnych. Nie należy uważać tego nieznacznego spadku ciepłoty za wynik swoistego działania zatrucia. Mocz chorych na rzucawkę wstrzyknięty dożylnie nie zabija zwierzęcia, ani mu nie szkodzi pozornie. Biologiczne badanie moczu wykazało, że ani u zdrowych ciężarnych, ani u rodzących, ani u położnic nie występuje wewnętrzny rozpad białka. Badanie biologiczne moczu chorych na rzucawkę dało w tym kierunku również wyniki ujemne. Rzucawki nie należy więc przypisywać rozpadowi białka.
Dr Tadeusz Kon.

Elis Essen-Möller: **Czy rzucawkę leczyć wyczekująco czy też czynnie.** (Monats. f. Geb. T. 73, 2). Drgawki są tylko jednym z objawów rzucawki. Autor obserwował w trzech przypadkach pierwsze objawy rzucawki na 1—2 dni przed pierwszym napadem drgawek, w 4 przypadkach na 3—7 dni, w 13 przypadkach na 2—4 tygodni, w 11 przypadkach na 5 i więcej tygodni. Ponieważ choroba stoi w związku z obecnością jaja płodowego w macicy, przeto należy opróżnić macicę, nie czekając wystąpienia napadu drgawek. Tem więcej jest to konieczne w tych przypadkach, w których objawy rzucawki nie ustępują pomimo zastosowania leczenia wewnętrznego. Autor w ten sposób wyleczył rzucawkę w 28 przypadkach. Najlepiej wywołać poród przez przekłucie błon płodowych. Dr Tadeusz Kon.

G. Winter: **Zasady leczenia rzucawki.** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 78, 2). Opróżnienie macicy we wczesnym okresie kładzie kres napadom drgawek i chore szybko zdrowieją; jeżeliby napady drgawek dalej występowały, należy zastosować sposób leczenia według Stroganowa. W. przypuszcza, że współdziałanie wczesnego rozwiązania, utraty krwi i leczenia metodą Stroganowa może wyleczyć każdy przypadek rzucawki z wyjątkiem przypadków, powikłanych krwotokami mózgowemi, albo jeżeli zatruciu towarzyszy zwyrodnienie wątroby, śpiączka, krwiomocz. Jeżeli nie przerwano ciąży zawczasu, jeżeli n. p. minęło 2 do 4 godzin od chwili wybuchu rzucawki, można zrezygnować z cięcia cesarskiego, a zastosować leczenie według Stroganowa: uniknie się conajmniej śmierci podczas zabiegu operacyjnego. Czynne leczenie rzucawki porodowej wymaga natychmiastowego rozwiązania przy rozwartem ujściu macicznem. Przy ujściu niezupełnie rozwartem należy natychmiast opróżnić macicę, jeżeli możemy szybko rozszerzyć ujście cięciem. Przy zamkniętej lub tylko co zaczynającej się rozwierać szyjce należy wykonać cięcie cesarskie, jeżeli od chwili wystąpienia rzucawki upłynęło 2, najwyżej 4 godziny (u pierwiastek z płodem zdolnym do życia tylko cięcie cesarskie brzuszne; u wieloródek i z donoszonym płodem, ze względu na podatność części miękkich cięcie cesarskie pochwowe). Wszystkie inne przypadki należy leczyć według Stroganowa; to leczenie należy zastosować również wtedy, jeżeli pomimo rozwiązania drgawki dalej występują. Rzucawkę, występującą u położnicy, należy leczyć tylko według Stroganowa, stosując przedtem upust krwi, o ile nie było podczas porodu większej utraty krwi. (Metoda Stroganowa polega na stosowaniu narkotyków (morfina, chloral, chloroform) między napadami drgawek. Przyp. sprawozd.). Dr Tadeusz Kon.

Rissmann: **Nowe drogi lecznicze przy rzucawce.** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. 78, 2). 1. Nie stosować morfiny, chloralu, hypodermoklizy z roztworu soli kuchennej; natomiast stosować luminal, środek nasenny. 2. Oprócz luminalu stosować w ciężkich przypadkach sole magnezowe podskórnie, śródmięśniowo lub per rectum; w pewnych przypadkach zastosować i upust krwi. 3. Zastosować szybkie rozwiązanie przy rzucawkach porodowych. Dr Tadeusz Kon.

Schiller: **Leczenie rzucawki.** (Monat. f. Geb. 1914, T. 39, 2). Autor jest zwolennikiem teorji łożyskowej powstawania rzucawki; stąd w leczeniu dąży przedewszystkiem do usunięcia źródła zatrucia. Winter radzi u pierwiastek z obrzękiem sromu i zamkniętą szyjką maciczną wykonywać przy ciąży donoszonej cięcie cesarskie brzuszne, przy porodach wczesnych i u wieloródek cięcie cesarskie pochwowe. Wynik rozwiązania bę-

dzie tem gorszy, czem dłuższy przeciąg czasu oddziela wystąpienie napadów drgawek od rozwiązania. Zatruty ustrój jest tak osłabiony, że bezzwłoczne rozwiązanie może wywołać zejście śmiertelne. W tym więc przypadku zastosujemy upust krwi z metodą Stroganowa (morfina, chloral, chloroform). Interwencja czynna jest wskazana jeszcze najpóźniej w 6—7 godzin po rozpoczęciu się choroby. Przy stosowaniu jednej metody nie należy zapominać i o innych metodach. Dr Tadeusz Kon.

Abel: **Uteramin-zyma, przetwór zastępujący sporysz.** (D. m. W. 1914, 17). Uteramin, otrzymany syntetycznie, znacznie przewyższa przetwory sporyszowe przez to, że jest zupełnie nie trujący; po skrobankach, poronieniu i przy zapaleniach błony śluzowej macicy wystarczy wstrzyknąć jednorazowo do mięśni 1 cm^3; jeżeli macica jest bardzo wiotka, wstrzykujemy 2—4 cm^3. Po porodzie macica energiczniej się kurczy, jeżeli wstrzykniemy 1 cm^3 uteraminy; nie wywołujemy przytem u chorej zbyt silnych bolów. Wskazany jest również przetwór ten u położnic przy zatrzymaniu błon płodowych. Dr Tadeusz Kon.

Prof. Jolly: **Ciąża zewnątrzmaciczna.** (Zeit. f. ärztl. Fort. 1914, 13). Rozpoznać ciążę zewnątrzmaciczną w pierwszych tygodniach jest zadaniem bardzo trudnem. Objawy jej w tym czasie są identyczne z objawami ciąży prawidłowej. Później jest dla ciąży zewnątrzmacicznej charakterystyczne boczne powiększanie się macicy; w trzecim miesiącu ciąży jest ono tak wybitne, że rozstrzygać może o rozpoznaniu. Również jest charakterystyczne dla ciąży zewnątrzmacicznej występowanie odchodów macicznych i dotkliwe bóle obok ustania miesiączkowania. Błona śluzowa macicy i przy ciąży zewnątrzmacicznej przekształca się w doczesną, co wywoływać może krwotoki i odchodzenie strzępków. Jeżeli ciąża zewnątrzmaciczna przerywa się samorodnie, następuje krwotok wewnętrzny. Bezzwłoczna laparotomja i usunięcie pękniętego jajowodu daje dobre rokowanie. Jeżeli krwotok był nieznaczny, to za ciążą zewnątrzmaciczną przemawiają częste omdlenia, raptowne osłabienie. Przy nieznacznych krwotokach i nieznacznych dolegliwościach należy przed dokonaniem zabiegu operacyjnego zastosować leczenie resorbcyjne. Powstałego krwiaka nie należy usuwać drogą pochwy, gdyż może łatwo w ten sposób powstać zropienie, wymagające później długotrwałego leczenia. Daleko posunięta ciąża zewnątrzmaciczna jest zjawiskiem rzadkiem. Obecność płodu rozpoznajemy zapomocą promieni Röntgena. Daleko posuniętą ciążę zewnątrzmaciczną należy bezzwłocznie operować. Dr Tadeusz Kon.

Hendly: **Leczenie raka promieniami.** (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914, 12). Przy leczeniu raka promieniami wchodzą w grę promienie radu, mesotoru i promieni Röntgena. Działanie promieni jest podwójne. Substancje promieniotwórcze w małych dawkach działają pobudzająco, w dużych dawkach natomiast hamująco i nakoniec niszcząco. Nie jest jednak dokładnie znana ta ilość promieni, która działa pobudzająco. Rak więc n. p. przy niedostatecznem naświetlaniu zaczyna szybko rosnąć. W jednym przypadku Bumma rak sutka, naświetlany, początkowo napozór ustąpił, jednakże potem pojawił się znowu i rozszerzył się nietylko na sutek, ale i na sąsiedztwo aż do ramienia. Chora ta zginęła z wycieńczenia.

Działanie promieni na komórki rakowe wcale nie jest działaniem wybiórczem (electiv). Działanie wybiórcze jest to takie, które się ogranicza do pewnych oznaczonych części, do pewnych składników, gdy inne temu działaniu nie podlegają. W medycynie nie może być mowy o wybiórczem działaniu jakichkolwiek środków, z wyjątkiem surowicy przeciwbłoniczej. Nie jest też wybiórczem działanie promieni na raka, bo prawie nigdy nie można zniszczyć niemi samych komórek rakowych bez jednoczesnego uszkodzenia otaczających tkanek. Można uniknąć tego uszkodzenia tylko wtedy, jeżeli rak dopiero się zaczyna rozwijać i leży zupełnie powierzchownie. Jeżeli rak znajduje się nieco głębiej, n. p. drąży w głąb 2—3 cm, to promienie radu i mesotoru uszkadzają inne tkanki tak ciężko, że po 6—9 miesiącach występuje rozlana martwica tkanki. Co do promieni Röntgena nie można jeszcze nic stanowczego orzec ze względu na niewielką ilość badań histologicznych w tym kierunku.

Badając tkankę histologicznie przed naświetlaniem i po naświetlaniu, spostrzegamy w 2—3 tygodni po naświetlaniu, że tkanki rakowej ubyło. Komórki rakowe są jak gdyby napęczniałe, jądro barwi się nierównomiernie, a jeśli przed naświetlaniem były karjokinezy, to po naświetlaniu już ich nie widać. W dalszym przebiegu uszkodzenia komórek występują wyraźniej, przyczem raz więcej cierpi jądro, to znowu protoplazma komórek. Jednocześnie z temi zmianami w komórkach nabłonkowych występują zmiany w tkance łącznej raka, która staje się więcej zbitą i włóknistą. Komórki mięsne pęcznieją i ulegają zwyrodnieniu szklistemu. Naczynia podlegają temu samemu zwyrodnieniu. W końcu może nastąpić rozpad szklisto zwyrodniałych tkanek. W ten sposób powstać mogą przetoki, n. p. przy rakach macicy do pęcherza albo do odbytnicy, a wtedy może wystąpić zgorzel. Podobne wyniki dawać mogą dawki zbyt wysokie.

Nie nadają się do leczenia promieniami raki daleko posunięte, raki, które już dały przerzuty do innych narządów. Inne natomiast raki, a szczególniej raki dopiero rozpoczynające się można leczyć naświetlaniem. Ale w tych razach, jak podnosi Wertheim, także i zabieg operacyjny jest prosty i łatwy i daje trwałe wyniki. Naświetlać należy we wszystkich przypadkach operowanych, a to w celach zapobiegawczych, jak również przy nawrotach po dokonanej operacji, gdyż ponowny zabieg operacyjny nie rokowałby nic dobrego.

Stosowanie promieni nie jest zabiegiem obojętnym. Powstanie przetok, rumienia (erythema), w wielu przypadkach podniesienie się ciepłoty do 40°, ciężkie zmiany we krwi (obniżenie się ilości hemoglobiny do 30%), wszystko to może być następstwem naświetlania. Dawkowanie odgrywa tu pierwszorzędną rolę i nie byłoby tych ujemnych następstw, gdyby nie stosowano za dużych dawek w zbyt krótkim przeciągu czasu. Dzięki nowym przyrządom można wiele promieni skierować na jedno miejsce brzucha lub na okolicę pośladkową i tą drogą usunąć zupełnie raka szyjki i części pochwowej bez bezpośredniego naświetlania od strony pochwy. Przy tem leczeniu nie dostrzega się uszkodzenia zdrowych tkanek, a powstała martwica skóry szybko ulega wyleczeniu. Przez zastosowanie diatermji można komórki rakowe uczynić bardzo czułemi. Promienie Röntgena w połączeniu z diatermją dają doskonałe wyniki.

Dr Tadeusz Kon.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

IX. Posiedzenie naukowe z dnia 3. III. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner; protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 82 członków.

I. Kol. prof. Ciechanowski zdaje sprawę z posiedzenia Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy małopolskich, odbytego we Lwowie 28. lutego 1920.

II. Kol. Hładij przedstawia: 1) chorą z **plastyką kości czołowej**, po przeszczepieniu z kości piszczelowej; zupełne wyleczenie bez objawów uciskowych; 2) chłopca z licznymi **chrząstniakami** w obrębie drobnych kości ręki.

III. Kol. Rose: **O zaburzeniach równowagi i metodach ich badania**. Po omówieniu budowy histologicznej błędnika i jego połączeń z ośrodkowym układem nerwowym, opisuje prelegent kolejno metodę galwaniczną i obrotową badania błędnika. Dłuższy wywód poświęca kalorycznej metodzie Baranyego, która zyskała sobie wybitne stanowisko, jako metoda kliniczna przy obwodowych schorzeniach móżdżku i wogóle w sprawach uciskowych tylnej jamy czaszkowej. Na szczególną uwagę zasługuje samoistne mijanie kończyn przy schorzeniach móżdżku i sprawach uciskowych tylnej jamy czaszkowej. Prelegent pokazuje następnie sposób badania błędnika tak samoistnie, jakoteż po płukaniu uszu na zdrowych i chorych. Samoistne zbaczanie kończyn górnych przy t. zw. próbie palcem wskazującym znalazł prelegent we wszystkich przez siebie obserwowanych przypadkach guzów półkul móżdżkowych, w jednym przypadku guza robaka stwierdził padanie chorego w tył. W przypadkach guzów półkul móżdżkowych, po sztucznem wywołaniu drżenia oczu w kierunku samoistnego mijania, mijanie to wogóle nie zmieniało swego kierunku. Przeważnie występuje tylko w czasie płukania wyrównanie w tym kierunku, że chory nie mija w kierunku przeciwnym kierunkowi drżenia oczu, lecz trafia. Po ustaniu płukania jednak natychmiast występuje mijanie w tym kierunku, co mijanie samoistne. Prelegent przedstawia wreszcie 3 przypadki sekcyjne guzów tylnej jamy czaszkowej. Wszystkie były za życia przedstawione w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem. Rozpoznano klinicznie: 1 guz prawej półkuli móżdżkowej, 1 guz lewej półkuli móżdżkowej i 1 guz robaka. Wszystkie rozpoznania za życia zostały sekcyjnie stwierdzone. W przypadku guza lewej półkuli móżdżkowej, samoistne zbaczanie lewej górnej kończyny w lewo było jedynym objawem ogniskowym obok nieznacznego niedowładu lewego nerwu twarzowego. Zbaczanie to utrzymywało się także przy płukaniu prawego ucha zimną wodą. W przypadku guza robaka chory padał samoistnie w tył, przyczem płukanie uszu nie zmieniało kierunku padania. Także w przypadku guza prawej półkuli, metody Baranyego badania błędnika okazały się bardzo cennemi.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 10. III. 1920 r.

Przewodniczy prof. Rosner: protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 79 członków.

I. Kol. Seńkowski: **Postępy w fizyce i chemji, a fizjologja**. (Rzecz przeznaczona do druku).

II. Na członków Towarzystwa przyjęto kol.: Kohna Maksymiljana, Rusinowskiego, Horowitzównę, Gottliebową i Wisłocką.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 17. III. 1920 r.

Przewodniczy prof. Rosner; protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 76 członków.

I. Kol. Szymanowicz przedstawia następujące przypadki:

1) Chora l. 39, w 9. mies. ks., u której przed trzema tygodniami — wśród cierpnięcia i łamania w okolicy kostek kończyn dolnych i stawów biodrowych — wystąpiły skurcze w obrębie mięśni płaskich brzucha, zwłaszcza po stronie lewej. Skurcze te powtarzają się co kilka sekund, są bardzo bolesne, nie pozwalają chorej ani na chwilę wypocząć. Wywołać, a względnie przyspieszyć je można podrażnieniem powłok mechanicznem. Ciepł. 36·2, tętno 74, miarowe. Płuca i serce bez zmian. Stolec zaparty, mocz oddaje chora kroplami, zawiera on krwinki czerwone i nieznaczną ilość białka. Dla stwierdzenia, czy płód żyje, uśpiono chorą; w głębokiej narkozie wysłuchano tętno płodu i zauważono, że skurcze mięśni płaskich brzucha ustały i nie można ich było wywołać; z ustępowaniem narkozy wracały skurcze.

2) Przypadek drugi był podobny do pierwszego, lecz powikłany niedrożnością jelit. Chora l. 35, wieloródka w 8. mies. ks., zgłosiła się na klinikę z objawami przewlekłej niedrożności jelit i skurczami mięśni płaskich brzucha, które naśladują czkawkę. Ciepł. 38·2, tętno 130. Mocz oddaje z trudnością, stolca i wiatrów brak od sześciu dni. Zabieg operacyjny wykazał skręt krezki jelita cienkiego bez dalszych następstw. Po operacji objawy niedrożności jelit ustąpiły, lecz gorączka i skurcze mięśni płaskich brzucha utrzymywały się dalej. Na piąty dzień chora urodziła niedonoszone żywe dziecko, a w trzy dni później zmarła wśród objawów zapalenia płuc. Sekcja wykazała ropnie w płucach.

Na tych dwóch przypadkach mieliśmy sposobność obserwować **encephalitis choreiformis** wśród ciąży. Choroba sama nie wpłynęła ujemnie na przebieg ciąży, nie wywołała ani przedwczesnego porodu, (w drugim przypadku był on następstwem urazu operacyjnego, a w większym jeszcze stopniu sprawy zakaźnej, toczącej się w płucach), ani nie zabijała płodu. Ustanie drgawek podczas narkozy — w obu przypadkach — rzucałoby pewne światło na punkt ich wyjścia, prawdopodobnie korę mózgową.

II. Kol. prof. Rosner przedstawia chorą z objawami **wczesnej akromegalji**; przedstawia ją jednak zwłaszcza z powodu zmian w częściach rodnych, w chorobie tej spostrzeganych. Chora l. 29, 3 razy rodziła prawidłowo, nigdy nie chorowała, straciła przed sześciu miesiącami miesiączkę. Jajniki i macica są w zupełnym zaniku.

III. Kol. Blassberg: **Rzut oka na przemiany pojęć i prądów panujących w klinice współczesnej**. (Rzecz przeznaczona do druku).

IV. Kol. Oszacki: **Własne metody oznaczania kwasu moczowego we krwi**.

W dyskusji kol. Robel ocenia metodę Oszackiego bardzo pochlebnie, podnosi jej dokładność i łatwość wykonania.

V. Przewodniczący zgłasza prośbę kol. Kazimierza Dłuskiego z Warszawy o przyjęcie na członka zwyczajnego i zaznacza, że komitet wyraził się jednomyślnie za przyjęciem.

W tajnem głosowaniu wybrano kol. Dłuskiego jednomyślnie członkiem Towarzystwa.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 24. III. 1920 r.

Przewodniczy kol. wiceprezes Kostrzewski, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 112 członków.

I. Kol. Artwiński i Beaurain przedstawiają kilkanaście przypadków **encephalitis lethargica et choreiformis** w różnych stadjach choroby, z kliniki neurologicznej Uniw. Jag.

II. Kol. Artwiński wygłasza referat, związany z przedstawionymi przypadkami (ogłoszony drukiem w Nr 4. »Przeglądu lekarskiego«).

III. Kol. prof. Ciechanowski: **Obrazy sekcyjne encephalitis lethargica**. C. badał 7 przypadków na stole sekcyjnym, a z tych 4 nadają się do omówienia, bo w 3 innych obraz był zaciemniony przez rozmaite inne sprawy. Szczepień na zwierzętach, ani dokładniejszych badań mikroskopowych, z powodu braku zwierząt i braku różnych środków (odczynników) nie mógł przeprowadzić. Nowicki we Lwowie podejmował próbę szczepienia z materjału anatomicznego, lecz bez dodatniego wyniku. Nasuwają się następujące pytania: 1) czy da się stwierdzić w tem cierpieniu swoisty obraz choroby zakaźnej, 2) czy sprawa stoi w jakimkolwiek związku z grypą, 3) czy może, z tak silnie obecnie panującym, durem plamistym, 4) czy można z obrazu sekcyjnego wnosić o wrotach zakażenia? Obraz, odpowiadający grypie, stwierdził C. w jednym tylko przypadku i dlatego nie mógłby bez zastrzeżeń przyjąć związku tych dwu spraw chorobowych. Dur plamisty, jako przyczynę tej formy encephalitis C. wyklucza, bo w żadnym przypadku nie stwierdzono obrazu, stale spotykanego w durze (choć nie swoistego), nigdy nie było nawet ostrego obrzęku śledziony. Co do wrót zakażenia, z obrazów sekcyjnych nic nie można wnosić. Badanie mikroskopowe mózgu wykazało w jednym przypadku tylko przekrwienie mózgu, w drugim przewlekłe zmiany włókniste opon miękkich, mózg zresztą bez zmian, raz spotkał się C. z naciekami, podobnymi do stwierdzonych przez Economo. (Inne przypadki nie mogły być dotąd badane).

Dyskusja. 1) Prof. J. Piltz: Na podstawie około 30 przypadków tej choroby, jakie widziałem w klinice, na konsyljach i ambulatoryjnie w godzinach ordynacyjnych, mogę powiedzieć, że obraz chorobowy pod względem symptomatycznym i przebiegu odpowiada temu, co tak wyczerpująco przedstawił kol. Artwiński. Podkreślić tylko pragnę jeszcze nieco dobitniej to, że właśnie poza okresem zwiastunów dadzą się w przebiegu tej

choroby, ogólnie biorąc, odróżnić dwa okresy: pierwszy, w którym na pierwszy plan wysuwają się objawy podrażnienia i drugi, w którym występują objawy poraźne. W pierwszym okresie obok dreszczów i podniesienia ciepłoty, najczęściej nie przekraczającej 38° R., wyjątkowo dochodzącej jednak do 39° a nawet 40°, dość często spotykamy zaczerwienienie twarzy, zapalenie spojówek, opryszczki, nieżyt górnych dróg oddechowych, wzmożenie wydzielania śliny, kaszel tchawiczny, bóle głowy, a następnie bóle karku, ramion, brzucha i nóg; ogólny niepokój ruchowy; niecierpliwość, niemożność siedzenia spokojnie na jednem miejscu, a przedewszystkiem nagłe, mimowolne zrywania rękami, nogami, tułowiem, skurcze mięśni twarzy, brzucha lub przepony, wywołujące czkawkę. Ruchy, spostrzegane w tej chorobie, są dość charakterystyczne; są to najczęściej stereotypowo bezustanku powtarzające się ruchy odwodzące kiści i szybko następujące po sobie zgięcia i rozgięcia górnej kończyny w łokciu, — ruch, podobny do tego, jaki wykonywamy, n. p. przy strzepywaniu kurzu z marynarki. Ruchy palcami są nieraz zupełnie podobne do drżenia przy drżączce poraźnej. W tym okresie choroby spotyka się rozszerzenie, zniekształcenie i nierówność źrenic, wreszcie robaczkowate ruchy tęczówki, wywołujące ciągle zmieniające się zniekształcenie konturów źrenic. Te robaczkowate ruchy tęczówki są wyrazem asynergji w unerwieniu oddzielnych odcinków tęczówki. Objaw ten, o którym dotychczas, o ile mi wiadomo, nikt nie wspominał, spostrzegałem obecnie w kilku przypadkach encephalitis choreiformis et lethargica, a przedtem już w kilku przypadkach gruźliczego zapalenia opon. Oprócz tego w tym pierwszym okresie choroby spotykamy tachykardję, bezsenność, podniecenie psychoruchowe, gonitwę myśli i bredzenia zawodowe. Ten pierwszy okres zazwyczaj już po kilku lub kilkunastu dniach przechodzi stopniowo w okres poraźny, charakteryzujący się, jeżeli się tak wyrazić można, zastygnięciem całej sfery ruchowej lub śpiączką. Myokloniczne objawy na ogół zmniejszają się lub zupełnie ustępują, zrywania pojawiają się coraz rzadziej i występują już tylko podczas zasypiania lub w ciągu snu. Przez sen chorzy bredzą, głośno mówią, gestykulują, n. p. jeden z moich chorych, syn handlarza bydła, krzyczał na trzodę, jak gdyby był zajęty zapędzaniem jej, odganianiem psa, lub jakby przyjmował udział w handlu. Śpiączka bywa rozmaicie głęboka. W najlżejszych przypadkach chorzy są jakby zahamowani, siedzą z otwartemi oczami zupełnie bez ruchu, nawet mruganie powiek jest zniesione, tak że chorzy robią wrażenie posągów. Samorzutnie nic nie mówią, zapytani jednak odpowiadają prawidłowo. W stanach głębokiej śpiączki chorzy śpią dzień i noc, bez przerwy, budzą się tylko lub nawet muszą być budzeni dla zaspakajania fizjologicznych czynności i zaraz potem znów zasypiają. Czasem z trudnością tylko udaje ich się rozbudzić zupełnie; wtedy, z początku zamroczeni, po dłuższej rozmowie przychodzą do przytomności, ale po chwili znów zapadają w śpiączkę. W najgłębszych stanach śpiączki chorych wcale dobudzić się nie można i muszą oni wtedy być karmieni sztucznie przez nos. Czasami już na samym początku choroby, najczęściej jednak dopiero w końcu pierwszego okresu przebiegu choroby, t. zn. jeszcze w okresie podrażnienia, zaczynają występować różne objawy poraźne, najczęściej ze strony oczów, jak opadnięcie powieki, zniekształcenie źrenic, osłabienie oddziaływania źrenic na światło, porażenie mięśni ocznych z widzeniem podwójnem, niedowład nerwu twarzowego, zaburzenia artykulacji mowy, niedowład połowiczy z objawem Babińskiego i t. p. Dno oka w tej chorobie jest zazwyczaj prawidłowe; co najwyżej spotykamy czynne przekrwienie siatkówki. Zaburzenia wzroku, o ile są, zależą od porażenia akomodacji lub są skutkiem widzenia podwójnego. Płyn mózgowo-rdzeniowy, jak wspominał kol. Artwiński, jak to wynika z badań kol. Sikorskiej, wykazuje czasami nieznaczną pleocytozę, cukier, a bardzo często odczyn Nonne-Apelta jest dodatni. — Około 20% wszystkich spostrzeganych przezemnie przypadków skończyło się śmiercią wśród objawów niedomogi serca albo z powodu porażenia ośrodków oddychania. — Jakkolwiek dotychczas nie mieliśmy na klinice przypadku zarażenia się tą chorobą, z wyjątkiem tego faktu, że jeden z sanitarjuszy zapadł na tę chorobę (co zresztą jeszcze nie koniecznie dowodzi, że się zaraził), to jednak musimy encephalitis choreiformis et lethargica uważać za chorobę zakaźną i zachowywać wszelkie środki ostrożności. A ponieważ choroba ta występuje epidemicznie i bywa bardzo ciężką i groźną, należy co do niej rozszerzyć obowiązek donoszenia odnośnym władzom sanitarnym o każdym nowym przypadku. (Autoreferat).

2) Kol. Blassberg wyraża przypuszczenie, czy, w obecnym czasie namiastek, jakieś toksyny pokarmowe nie odgrywają tu roli?

3) Kol. Eisenberg przeprowadził w 3 przypadkach badania bakterjologiczne, lecz nic stanowczego nie może powiedzieć. W jednym z tych przypadków była grypa w rodzinie i ten skończył się śmiercią.

4) Kol. Rose podnosi co do etiologji encephalitis letharg. et choreif., że cierpienie to spostrzegano także w czasie pandemji grypy w r. 1890. Współczesne występowanie tej choroby z grypą jest uderzające i wymaga dalszych studjów. Ruchy pląsawicowate w przebiegu encephalitis odnieść należy do zmian chorobowych w obrębie ciała prążkowanego, albowiem odosobnione schorzenie jądra ogoniastego i jądra soczewkowatego wiedzie, wedle badań C. i O. Vogtów, do skurczów pląsawiczych. Śpiączka w przebiegu encephalitis stanowić może poparcie teorji Mauthnera, wedle której przyjąć należałoby ośrodek sam w ciele prążkowanem.

5) Kol. Szymanowicz zwraca uwagę, że i drugi przypadek encephalitis wśród ciąży, powikłany skrętem jelita, przedstawiony na poprzedniem zebraniu, skończył się śmiercią, a przy sekcji były zmiany, przypominające zapalenie płuc grypowe. Należy zatem na grypę zwracać baczniejszą uwagę, jako na możliwą przyczynę obecnie panującej encephalitis.

Wiadomości bieżące.

Od Redakcji. Wobec układu trzech naszych czasopism, które odtąd mieć będą wspólnych czytelników, nie będzie »Przegląd lekarski« podawać nadal wiadomości bieżących ani ze Lwowa, ani z Warszawy, jak również nie będzie podawać treści »Gazety« i »Tygodnika lek.«.

W Uniwersytecie Jagiellońskim został mianowany doc. Dr J. T. Lenartowicz ze Lwowa profesorem chorób skórnych i wenerycznych, a prof. Dr E. br. Maydell z Kijowa profesorem fizjologji.

Choroby zakaźne. Kraków: Od 18. VII. do 21. VIII. zgłoszono przypadków: duru brzusznego 17 † (zmarło) 5, plamistego 29 † 3, powrotnego 4 † 1, czerwonki 622 † 131, płonicy 53 † 15, błonicy 8 † 1, ospy 3, nagm. zapalenia opon 2 † 1. Łódź. Od 25. VII. do 21. VIII.: duru brzusznego 153 † 21, plamistego 28 † 2, powrotnego 4, czerwonki 279 † 80, płonicy 149 † 41, błonicy 13 † 6, ospy 3 † 1, nagm. zapalenia opon 2 † 1, gruźlicy † 79.

Krakowski miejski Urząd zdrowia komunikuje następujące rozporządzenie Naczelnego nadzwyczajnego Komisarjatu do spraw walki z epidemjami w Warszawie: Wobec braku surowicy przeciwczerwonkowej Naczelny Komisarjat zaleca stosowanie w jaknajszerszej mierze dla celów leczniczych szczepionki przeciwczerwonkowej. Szczepionka ta, sporządzona ze szczepów bakterji Shiga-Kruse, Flexner i Strong, okazała się bardro pożyteczną — nietylko zapobie-

gawczo, ale i leczniczo. Sposób użycia szczepionki: A. Zapobiegawczo: Dorosli (zdrowi) i dzieci od lat 5. Pierwsze wstrzyknięcie podskórne 0·5 cm (pół cm^3), drugie po upływie 5—10 dni 1 cm^3 (jeden cm^3). Dzieci w wieku od roku do 5 lat — tyle decigr., ile dziecko ma lat. (Szczepienie w okresie wylęgania czerwonki nie jest szkodliwe). D. Leczniczo: U chorych na czerwonkę pierwsze wstrzyknięcie podskórne $^1/_4$ cm^3 (0·20—0·25 cm). drugie po 2—3 dniach 0·5 cm^3, trzecie po dalszych dwóch dniach 0·5 cm^3 (pół cm^3) i w tych terminach wstrzyknięcia kontynuować, aż do wyleczenia. Szczepionkę należy przed użyciem dobrze skłócić, aby zawiesina bakterji nie opadła na dno flaszeczki. Zapotrzebowania na szczepionkę zgłaszać w należycie wczesnych terminach w Miej. Urzędzie zdrowia wzgl. drogą telegraficzną wprost w Nacz. nadzw. Komisarjacie dla spraw walki z epidemiami w Warszawie, Belwederska l. 1.

Zmarli: Dr Zygmunt Smolarski, lekarz naczelny m. Przemyśla, w 60 r. ż., i Dr Józef Roth w 61 r. ż. w Krakowie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Lekarz wojskowy* Nr 24—25.: Rubinrot: Choroba Hirschsprunga. — Mund-Mierzecki: Przyczynek do kazuistyki kiły pozapłciowej.— Składkowski: Lekarz bataljonowy.— Blassberg: Rzut oka na przemiany pojęć i prądów, panujących w klinice współczesnej. — Taliga: Wady wrodzone położenia jąder, jako powikłanie przepukliny skośnej. — Nr 18/19 (nadeszły z opóźnieniem): prace o letargicznem zapaleniu mózgu przez Goldflama, Grzywo-Dąbrowskiego, Rothfelda, Flatau'a. — *Przegląd epidemjologiczny* (wydawany przez państwowy centralny Zakład epidemjologiczny Ministerstwa zdrowia publ.) Zesz. 1.: Burt-Wolbach i Todd: W sprawie etjologji duru plamistego. — Weigl: Badania nad Rickettsia Prowazeki. — Anigstein: Wartość rozpoznawcza obrazu krwi w przebiegu duru plamistego. — Weylandówna i Venulet: O wzajemnym stosunku odczynów Widala i Weil-Felixa. — Raabe: Studja nad muchą domową. — Szenajch: Z epidemjologji influenzy w Warszawie. — Szulc: Akcja zapobiegawcza przeciwko zawleczeniu dżumy drogą morską.

Bibliografia.

Krebsbüchlein für angehende praktische Ärzte oder Lehren eines alten Practici an seinen Sohn, der als Doctor von Universitäten zurückgekommen ist; von Ιακωβος Ειρηνοφιλος Ελπηνος J. 1823 zu Warschau. — Księgarnia nakładowa »Die Verbindung« (Zürich 6) wydała ładne facsimile niezmiernie zabawnej książeczki, która wyszła była przed stu laty w Warszawie także w polskiem wydaniu p. t. »Nauki przewrotne«, a która stanowi rzadkość bibliograficzną już oddawna. Jestto satyra, jakby etyka lekarska na wywrót, której autor, poczciwy »Jakobos eirenofilos Elpenos«, rozbraja czytelnika swą wiarą, że w tym zakresie można »ridendo mores castigare«, ale samym pomysłem i wykonaniem i dziś jeszcze rozweselić może.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Sierpień 1920 (Cena 4 M. n.). Zeszyt sierpniowy zawiera następujące rozprawy: 1) Prof. Bürgi: Lecznicze znaczenie różnych przetworów naparstnicy. 2) Prof. G. B. Schmidt: Leczenie nerwic odruchowych, wychodzących z dna miednicy. 3) Prof. Straus: Djetetyczne leczenie acidozy cukrzycznej. 4) Lenk: Wskazania internistyczne do rentgenoterapji. 5) Laqueur: Leczenie fizyczne.

Redakcja otrzymała: Oszacki: Energetyczne wskaźniki sprawności krążenia. Kraków 1920. — Lorentowicz: O niepłodności kobiecej. Warszawa 1920.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Myślenicach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Dolnej wsi ad Myślenice z płacą roczną 980 Mk., z dodatkiem wojennym miesięcznym po 70 Mk., z ryczałtem na objazdy w rocznej kwocie 560 Mk. i 50% dodatkiem wojennym do ryczałtu.

Lekarzowi okręgowemu przysługuje prawo do emerytury po myśli ustawy z dnia 12 maja 1909 Nr 68 dz. u. kr.

Podania o posadę należy wnosić do Wydziału powiatowego w Myślenicach do końca sierpnia 1920.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Sekretarz: *W. Śmietana.* Prezes: *W. Bzowski.* 255

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 2·50 kor. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgarska 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej cena 11 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej 12 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych. 10 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 40 kor.

Mięsowicz: Sposoby badań klinicznych. (Cz. I. wyczerpana). Cz. II. 15 kor.

Biuro Redakcji i Administracji: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty kliniczne

Serya XXI.

Nr 1. **A. Sokołowski.** O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.

Nr 2, 3, 4. **B. Dębiński.** Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.

Nr 5, 6. **L. Karwacki.** O leczeniu przyczynowem duru brzusznego.

Nr 7, 8, 9. **Doc. J. Pruszyński.** Anafilaksya. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksya doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.

Nr 10. **Ludwik Zembrzuski.** O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedyńczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji „Gazety lekarskiej“ i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 10. Rok LIX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto pocz. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków. ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce Mkp. 5·—, w nadesłanem Mkp. 7·—, w tekscie Mkp. 9·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 60·—.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 5·—.

W sprawie nowoczesnych sposobów leczenia wiewióra oczu, a w szczególności leczenia barwikami anilinowymi

podał Doc. Dr T. Kleczkowski.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 28. IV. 1920 r.).

Wydawałoby się, że objawy kliniczne wiewióra oczu noworodków są już zupełnie dobrze znane i że z powodu tego rozpoznanie jest tak łatwe, iż uczynić je mogą zawsze nawet lekarze, nie zajmujący się specjalnie chorobami oczu. Również zdawałoby się, że leczenie wiewióra oczu stoi już na wysokości swego zadania i że zapuszczanie do worka spojówkowego noworodków zaraz po urodzeniu rozczynu azotanu srebra według Credégo[1]) (1881), usuwa prawie całkowicie możność rozwinięcia się choroby. Jednak w rzeczywistości tak nie jest. Co do rozpoznania wiewióra oczu noworodków, to w większości przypadków jest ono słuszne. Używam wyrażenia »słuszne« dlatego, że rozpoznanie nasze może być tylko wtedy bezwzględnie pewne, gdy jest poparte przez badanie bakterjologiczne wydzieliny worka spojówkowego. Same objawy kliniczne, bardzo zresztą charakterystyczne, a ogólnie wszystkim dobrze znane, nie mogą upoważniać do rozpoznania ropotoku spojówki, bez określenia jego przyczyny. Badania ostatnich kilkunastu lat pouczyły, że ropotok spojówki noworodków wywołany być może tak przez dwoinki Neissera, jak również przez inne drobnoustroje, jak dwoinki zapalenia płuc, prątki grypy, prątki okrężnicy i wreszcie przez wtręty śródkomórkowe Halberstädtera i Prowazka, które mają rzekomo według nich być przyczyną jaglicy. Ropotok spojówki, wywołany przez te różne drobnoustroje jest, szczególnie w pierwszych dniach choroby, tak podobny do ropotoku wiewiórowego, że tylko badanie bakterjologiczne może w każdym poszczególnym przypadku ustalić nasze rozpoznanie.

Wiadomości te mają ogromne znaczenie nietylko z punktu widzenia teoretycznego, ale również ściśle praktycznego, a mianowicie ze względu na rokowanie i rodzaj leczenia, który inny powinien być i musi być przy wiewiórze spojówki, inny zaś przy ropotokach powstałych na innem tle. Z tego wynika ogólnie w medycynie znana prawda, że rzeczywiście celowe i skuteczne leczenie przeprowadzić możemy dopiero po dokładnem rozpoznaniu tła choroby.

Sposób leczenia ropotoku spojówki noworodków, wywołanego dwoinkami Neissera, pokrywa się mniejwięcej z rodzajem postępowania naszego zapobiegawczego, które właściwie też niczem innem nie jest, jak tylko dążeniem do usunięcia dwoinek z worka spojówkowego noworodka. Jeżeli przejdziemy historycznie sposoby leczenia ropotoku wiewiórowego spojówki noworodków, to przekonamy się, że pierwotnym sposobem leczenia było mechaniczne usuwanie drobnoustrojów z worka spojówkowego przez możliwie najczęstsze wypłukiwanie worka spojówkowego płynami obojętnymi, lub rozczynami przeciwgnilnie działającymi. Przyznać musimy, że ten pierwszy okres w rozwoju naszego lecznictwa, który nazwać można okresem mechanicznego usuwania przyczyny choroby, mimo znacznego postępu ostatnich lat dotrwał do dnia dzisiejszego, albowiem dzisiaj jeszcze, obok innego postępowania leczniczego, polecamy jaknajczęstsze wypłukiwanie worka spojówkowego.

Drugi okres rozwoju lecznictwa wiewióra spojówki rozpoczyna się z r. 1881, a mianowicie z chwilą odkrycia Credégo (l. c.), stwierdzającego, że dwuprocentowy rozczyn azotanu srebra zabija dwoinki Neissera. Od czasu Credégo aż do dnia dzisiejszego używamy rozczynu azotanu srebra, jako środka bakterjobójczo działającego, a mianowicie, jako środka zapobiegawczego i jako środka leczniczego w późniejszych okresach wiewióra spojówki noworodków. W pierwszych okresach choroby azotan srebra jest przeciwwskazany, a mianowicie ze względu na to, że zbyt drażni spojówkę, już i tak przez zakażenie znacznie przekrwioną i obrzękłą. Wprowadzenie przez Credégo azotanu srebra, jako środka zapobiegawczego i leczniczego, należy bezwzględnie uważać za wielki postęp w lecznictwie wiewióra oczu noworodków. Skutki tego sposobu leczenia okazały się bardzo szybko, a najlepszym tego dowodem było zmniejszenie się natychmiastowe liczby przypadków zakażenia spojówki dwoinkami Neissera z mniej więcej 10% zakażeń (w stosunku do liczby noworodków), na niecały 1% (Saemisch[2]). Również w tych przypadkach, w których pomimo zapobiegawczego zakroplenia azotanu srebra do worka spojówkowego wybuchła choroba oka, azotan srebra jest dobrym środkiem leczniczym. Ale i metodzie Credégo można uczynić pewne zarzuty, a mianowicie następujące. Jako środek zapobiegawczy w rozczynie 2% azotan srebra może w pewnych przypadkach wywołać zapalenie spojówki natury czysto chemicznej i przez to usposobić spojówkę do łatwiejszego zakażenia dwoinkami. Dlatego też jeszcze sam Credé polecał używanie 1% rozczynu azotanu srebra, który naturalnie mniej drażni spojówkę. Drugi zarzut jest znacznie poważniejszy, a odnosi się do leczenia wiewióra spojówki już rozwiniętego. Ażeby zdać sobie dokładnie sprawę ze słuszności zarzutów, stawianych jakiemuś środkowi leczniczemu, stosowanemu do worka spojówkowego, musimy wiedzieć, czego od tego środka musimy wymagać. Wymagania musimy postawić następujące. Przedewszystkiem środek leczniczy musi działać silnie bakterjobójczo na dwoinki Neissera i w następstwie tego musi jaknajwybitniej skracać czas trwania choroby. Ten warunek środka leczniczego ma przy wiewiórze spojówki noworodków nadzwyczaj duże znaczenie, a mianowicie z następującego powodu. Wiemy z doświadczenia klinicznego, że groźność wiewióra oczu noworodków polega na występowaniu w czasie choroby powikłań ze strony rogówki w postaci wrzodów rogówki, które następowo wywołują mniejsze lub większe upośledzenie, a nawet utratę bystrości wzroku. Powikłania te spostrzegamy tem częściej, im czas choroby spojówki jest dłuższy. Wobec tego dążyć musimy do jaknajszybszego wyleczenia spojówki. Tego nie możemy uzyskać, lecząc wiewióra azotanem srebra, albowiem przekonujemy się, że pomimo leczenia choroba przeciąga się przez 3—6 tygodni i w czasie tego występują stosunkowo często powikłania ze strony rogówki, jako wyraz zadziałania na nią jadów dwoinek, a potem i innych ropotwórczych drobnoustrojów. Drugim warunkiem dobroci środka leczniczego, stosowanego do worka spojówkowego, musi być to, żeby ten środek jaknajmniej zadrażniał tkankę spojówkową oka. Tego warunku również azotan srebra nie posiada i dlatego też starano się zastępować azotan srebra innemi przetworami srebrowymi, o których jednak w większości przypadków przekonano się, że aczkolwiek mniej drażnią spojówkę od azotanu srebra, nie dorównują mu jednak w bakterjobójczości. Wyjątek pod tym względem zdaje się stanowić itrol, który jest połączeniem srebrowem (argentum citricum), a który wypróbowany został i uznany za środek leczniczy, wybitnie skracający czas trwania choroby, przez Engelhardta, Mergla, Ceroviceka, Arlta i Rosenhaucha[3]).

Rozpoczęto jednak poszukiwać innych środków, jeszcze silniej bakterjobójczo działających, a mianowicie postanowiono leczyć wiewióra oczu noworodków swoiście. Jest to trzeci okres rozwoju naszego lecznictwa wiewióra oczu noworodków. Przedewszystkiem, w myśl teorji Wrighta, starano się leczyć przez wywołanie odporności czynnej wstrzykiwaniami szczepionek. Szczepionki do wstrzykiwań można otrzymać w handlu jako gotowe do użycia pod nazwą dmegon z Paryża, lub arthigon z Berlina. Jednak leczenie szczepionkami napotyka na pewne trudności, a mianowicie dlatego, że z powodu różnic pomiędzy szczepami dwoinek odczyn szczepienia jest nie zawsze jednakowy i z tego też powodu właściwą dawkę trzeba dopiero wypróbować. Dotychczasowe wyniki dowiodły (Weeks[4]), że leczenie szczepionkami może być skuteczne przy przewlekłych zakażeniach oka dwoinkami (iritis i uveitis metastatica), a ostry wiewiór spojówki więcej się opiera tego rodzaju leczeniu. Znacznie lepsze wyniki otrzymano przy wstrzykiwaniu szczepionek w dawce, zawierającej większą ilość drobnoustrojów, a mianowicie 125—800 milionów w 1 cm³ [Allen[5]), Schily[6]), Garbunow[7]), Mizuo[8])], lub szczepionek t. zw. uczulonych surowicą dorosłych chorych na wiewióra, lub surowicą matki noworodka. Leczenie trwało wtedy parę dni. Podobnie pomyślne wyniki otrzymali Roche[9]), Cuenod i Penel[10]) z szczepionkami dwoinek w połączeniu z gramododatniemi synkokkami. Wiewióra spojówki noworodków wyleczono przy tym sposobie leczenia w przeciągu paru dni. Również w krakowskiej klinice okulistycznej stosowaliśmy leczenie szczepionkami (dmegon) w r. 1913 i na kilkunastu przypadkach przekonaliśmy się, że zazwyczaj 2—3 wstrzyknięć, śródmięśniowo wykonanych co drugi dzień, wiedzie mniejwięcej do wyleczenia.

Aczkolwiek dotychczas z powodu zbyt nielicznych badań nie można wypowiedzieć ostatniego zdania, to jednak wydaje się, że leczenie szczepionkami, i to zapomocą dużych dawek, szybko wiedzie do celu i przewyższa dotychczasowe sposoby leczenia. Nie można tego powiedzieć o leczeniu wiewióra oczu przez wytwarzanie biernej odporności, a więc przez wstrzykiwanie surowicy gonokokkowej [Weeks[11], Colombo[12])]. Pomijając już to, że leczenie surowicą było zazwyczaj (Colombo) łączone z leczeniem miejscowem azotanem srebra, czas trwania choroby wynosił około 3 tygodni, a więc w porównaniu ze szczepionkami dosyć długo. Wreszcie należy wspomnieć o pierwszej zaledwie próbie tak nazwanej heterobakterjoterapji, wprowadzonej do le-

czenia wiewióra spojówki noworodków w r. 1917 przez Szilyégo [13]) i Sternberga [14]). Myśl leczenia chorób zakaźnych nieswoistemi szczepionkami w ostatnim czasie poruszył ponownie Kraus [15]) i przekonał się, że rzeczywiście wstrzykiwanie szczepionek prątka okrężnicy wywiera leczniczy wpływ na przebieg posocznicy i duru brzusznego. Sziły przez wstrzykiwanie świeżych szczepionek tyfusowych uzyskał w 14 przypadkach wiewióra spojówki noworodków tego rodzaju wynik, że już po 48 godzinach spojówka nie wydzielała ropy, a w worku spojówkowym nie można było wykazać dwoinek. Potem wiewiór spojówki przechodził, jak się autor wyraża, w postać przewlekłego poronnego nieżytu. Prócz Szilyégo, dotychczas żaden z autorów nie podjął leczenia w myśl zasady heterobakterjoterapji, wobec tego o skuteczności tego rodzaju leczenia nie można dotychczas wydać ostatecznego sądu. Więcej autorów zajęło się leczeniem wiewióra spojówki noworodków w myśl zasady leczenia paraspecyficznego, wstrzykiwaniami śródmięśniowo mleka, podanego dla leczenia chorób zakaźnych, a szczególnie duru brzusznego i wiewióra, w r. 1916 przez Saxlego [16]) i Müllera [17]).

Z dotychczasowych mniej lub więcej szczęśliwych prób leczenia wiewióra spojówki noworodków wynika, że aczkolwiek one wszystkie są dużem wzbogaceniem naszych wiadomości, to jednak nawet najlepsze z nich wymagają jeszcze dalszych badań, opartych na większym niż dotąd materjale klinicznym.

Jednakże równocześnie z powyższemi badaniami rozpoczęto systematyczne badania nad bakterjobójczością barwików anilinowych względem różnych drobnoustrojów, a między innymi i względem gonokokków. Na szczególną uwagę zasługują tu, na dużym materjale oparte badania pracowniane z r. 1912 i 1916 Eisenberga [18]) i z roku 1914 Römera, Gebba i Löhleina [19]). Z badań Eisenberga okazało się, że barwiki anilinowe znacznie wybitniej bakterjobójczo działają na drobnoustroje, barwiące się sposobem Grama dodatnio, aniżeli na bakterje gramoujemne, zaś Römer, Gebb i Löhlein wykonali bardzo żmudne badania nad bakterjobójczością rozczynów barwików anilinowych względem najczęściej w patologji oczu spotykanych drobnoustrojów, a więc między innymi względem dwoinek Neissera. Wyniki badań powyższych autorów zasługują, zdaniem mojem, na zainteresowanie nietylko z punktu widzenia teoretycznego. Sądzę, że należałoby je wyzyskać do celów leczniczych, a mianowicie głównie do leczenia wiewióra oczu.

Próby leczenia chorób zakaźnych oka rozczynami barwików datują się od odkrycia Weigerta w r. 1875, który stwierdził, że można barwić drobnoustroje różnymi barwikami. Natychmiast po odkryciu tem musiało wyłonić się pytanie, jaki wpływ wywierają barwiki na żywe komórki. Już pierwsi badacze, jak Pfeiffer na komórkach roślinnych i Cornil na drobnoustrojach przekonali się, że stopień zabarwienia się komórek żywych barwikami zależy od stopnia nasycenia rozczynów barwikowych, użytych do zabarwienia. Równocześnie stwierdzono, że w miarę coraz silniejszego zabarwienia komórek, stają się one niezdolne najpierw do rozmnażania się, a potem nawet do życia. Badania tego rodzaju wykonane głównie przez Behringa [20]), wykazały następnie, że baterjobójczość barwików względem drobnoustrojów jest różna, a zależy często od szczególnej wrażliwości danego drobnoustroju na pewien barwik, aczkolwiek znowu pewne barwiki zasadniczo silniej wogóle działają bakterjobójczo, aniżeli inne.

Bakterjobójcze działanie barwików stało się dla kliniki dopiero wtedy rzeczywiście ważne, kiedy przekonano się, że barwiki w pewnem rozcieńczeniu nie są dla tkanek ustroju szkodliwe [Weyl [21])]. Pierwsze kliniczne doświadczenia z leczeniem błonicy spojówki, wykonane [przez Carla [22])] rozczynami fuchsyny, błękitu metylenowego i fioletu goryczkowego, nie dały pomyślnych wyników. Systematycznie leczeniem barwikami chorób oka, wywołanych przez drobnoustroje, zajął się Stilling [23]) w r. 1890. Autor ten najpierw przekonał się »in vitro«, że najsilniej bakterjobójczo działają »pewne fiolety metylowe« i auraminy. Pierwsze z nich nazwał Stilling od barwy barwika i jego właściwości bakterjobójczej »pyoctaninum coeruleum«, drugie zaś »pyoctaninum aureum«. Jednym z pierwszych, który potwierdził pomyślne wyniki Stillinga leczenia pyoktaniną wrzodów rogówki, szczególniej ropnych był Wicherkiewicz [24]). I tak przez szereg lat używano pyoktaniny z dobrym skutkiem w okulistyce w różnych ropnych schorzeniach oka, jedynie tylko wiewiór spojówki był przedmiotem nielicznych badań, najprawdopodobniej dlatego, że wyniki leczenia wiewióra, otrzymane przez Wanschera [25]), nie zachęciły innych do prób, ponieważ coraz bardziej zaczęły się mnożyć zdania o bezskuteczności pyoktaniny w okulistyce wogóle, a nawet o pewnej szkodliwości tego barwika dla oka, z powodu, że czasem zbyt drażni. Najprawdopodobniej różnice w wynikach leczniczych barwikami w chorobach zakaźnych oka, a ujemne wyniki w leczeniu wiewióra oczu noworodków są następstwem nieodpowiedniego, względnie nieodpowiednio zgęszczonego rozczynu użytego barwika, a nie dowodzą jeszcze bezskuteczności tego rodzaju chemoterapji w okulistyce. Tak rozumował Römer i postanowił chemoterapji okulistycznej albo dać silne podstawy, wynikające z badań wykonanych w pracowni, albo przekonać się bezwzględnie o braku podstaw, któreby uprawniały nas do leczenia barwikami chorób oka. Römer przeprowadził badania w pracowni nad bakterjobójczością 58 barwików anilinowych »in vitro« i nad ich działaniem na prawidłowe oko ludzkie i zwierząt. Przedewszystkiem postanowił się przekonać, czy barwiki anilinowe działają hamująco na rozwój drobnoustrojów i następnie, czy działają na pewne drobnoustroje. I tak, chinolina, zieleń jodowa i rubin bardzo wybitnie zahamowują rozwój dwoinek, a n. p. safranina tego wpływu nie posiada. Bakterjobójczo najsilniej działają na dwoinki Neissera zieleń brylantowa, fiolet goryczkowy, fiolet Hofmanna, zieleń jodowa, zieleń malachitowa, błękit metylenowy i fiolet metylowy. Aczkolwiek Römer przekonał się o zupełnie wybitnej swoistości co do bakterjobójczości poszczególnych barwików, to jednakowoż stwierdził zarazem, że bakterjobójczość względem danego rodzaju drobnoustrojów waha się w stosunku do różnych jego szczepów w pewnych granicach. Odkrycie to ma ważne znaczenie praktyczne, tłómaczy bowiem, dlaczego w jednym przypadku jeden i tensam barwik może dobrze leczniczo działać, a w drugim takim samym przypadku nie. Ażeby więc uzyskać płyn barwikowy, którego działalność lecznicza byłaby mniejwięcej stała w każdym przypadku chorobowym, sporządził Römer mieszanki rozczynów barwików, najsilniej bakterjobójczo działających na dany drobnoustrój. Słuszność tego rozumowania teoretycznego potwierdził Römer doświadczeniem »in vitro« i przekonał się, że mieszanka barwikowa względem różnych szczepów tego samego drobnoustroju stalej i pewniej działa, aniżeli każdy z barwików tej mieszanki z osobna. Najbardziej bakterjobójczo działająca mieszanka barwikowa przeciwwiewiórowa składa się z równych części następujących rozczynów: zieleń brylantowa 1:5000, zieleń jodowa 1:400, zieleń malachitowa 1:660, fiolet goryczkowy 1:200, fiolet Hofmanna 1:200, fiolet metylowy 1:200 i błękit metylenowy 1:100.

Bardzo rozległe badania laboratoryjne Römera, jak z tego krótkiego zestawienia widzimy, mają duże znaczenie, jednak o ich wartości praktycznej przekonać nas może dopiero doświadczenie kliniczne. Sam Römer, przekonawszy się o tem, że mieszanka przeciwwiewiórowa, zapuszczona do worka spojówkowego, zupełnie go nie drażni, zastosował ją jednak tylko w czterech przypadkach wiewióra oczu noworodków. Z tych czterech przypadków właściwie tylko dwa mogą służyć do wniosków, albowiem w dwóch innych oprócz mieszanki barwikowej, zapuszczanej do worka spojówkowego dwa razy dziennie, stosowano również azotan srebra. W przypadkach leczonych tylko mieszanką barwikową (zakroplenie dwa razy dziennie), wiewiór oka całkowicie wyleczony został w przeciągu pięciu dni.

Poza tymi dwoma przypadkami, podanymi przez Römera, nie spotykałem się w piśmiennictwie z innemi próbami klinicznemi leczenia wiewióra oka barwikami anilinowymi. Z powodu tego, jak również ponieważ wyniki badań laboratoryjnych Römera bardzo, zdaniem mojem, zachęcają do prób klinicznych, postanowiłem mieszanki barwików anilinowych zastosować na materjale krakowskiej kliniki okulistycznej. Leczono 10 przypadków wiewióra u noworodków i 26 przypadków u ludzi dorosłych. Mieszankę barwikową stosowałem dwa razy dziennie w następujący sposób. Po zakropleniu do oka kokainy 2%, ażeby manipulacja nie sprawiała niepotrzebnego bólu, wypłukiwałem doszczętnie wszystką, zazwyczaj bardzo obfitą ropną wydzielinę i po założeniu rozwórek Desmaresa unosiłem obie powieki nieco ku górze i wypełniałem cały worek spojówkowy mieszanką barwikową, kąpiąc w ten sposób worek spojówkowy przez 1—2 minut.

Nie będę przytaczać wszystkich historyj chorób chociażby dlatego, że przebieg ich wszystkich był bardzo podobny. Nadmienić muszę, że z 10 przypadków wiewióra oczu u noworodków, jeden był powikłany ubytkiem położonym w środku rogówki. Wrzód rogówki powstał jeszcze przed rozpoczęciem naszego leczenia. We wszystkich dziewięciu przypadkach niepowikłanego wiewióra spojówki noworodków już na drugi dzień zupełnie nie było wydzieliny ropnej, a jedynie zapisano w historji choroby, że powieki są tylko nieco sklejone zeschniętą wydzieliną nieżytową. Całkowite wyleczenie uzyskiwałem zawsze

w przeciągu 4—6 dni. W przypadku z wrzodem rogówki ropotok ustąpił w przeciągu 4 dni, a wrzód się zagoił, pozostawiając małą plamkę rogówkową, w przeciągu następnych 10 dni.

Mniej pomyślne wyniki otrzymałem w leczeniu wiewióra oczu u ludzi dorosłych. Składały się na to dwie przyczyny. Pierwszą z nich jest to, że materjał mój składał się przeważnie z żołnierzy armji austrjackiej, którzy, jak wiadomo, zachowaniem swojem starali się często zmniejszyć dobre wyniki naszego leczenia. Druga przyczyna jest taka, że u dorosłych ludzi stosunkowo rzadko spotykałem się z czystemi postaciami wiewióra, bo zazwyczaj w wydzielinie worka spojówkowego znajdowały się prócz dwoinek wiewiórowych, również często dwoinki zapalenia płuc, paciorkowce i gronkowce. Wszystkie te przypadki zakażenia mieszanego, które również powikłane były z wrzodami rogówki, zupełnie się opierały leczeniu mieszanką barwikową. Przypadki czystego wiewióra spojówki ludzi dorosłych leczyły się bardzo dobrze, a czas trwania choroby wynosił 10—14 dni.

Z tego krótkiego zestawienia widzimy, że lecznictwo nasze wiewióra oka noworodków zyskało w mieszance barwików anilinowych środek, przewyższający wszystkie dotychczasowe wypróbowane sposoby leczenia i że środek ten zawodzi tylko w przypadkach zakażenia mieszanego. Obecnie najprawdopodobniej wkraczamy w czwarty okres rozwoju lecznictwa wiewióra oka. Przypuszczać należy, że okres ten będzie okresem trjumfu chemoterapji wiewióra oczu.

Literatura: 1) Credé: Arch. f. Gyn. T. XVII i XVIII 1881, T. XXI, 1883. — 2) Saemisch: Handb. d. ges. Aghd. T. V, 1904. — 3) Rosenhauch: Przegl. lek. 1918. — 4) Weeks: Zeits. f. Aghk. XXII, 1909. i Sect. on Ophth. Americ. Med. Assoc. Ophth. Record. 1910. — 5) Allen: Practitioner. T. 80, 1908. — 6) v. Szily: Berl. kl. W. 24, 1914. — 7) Garbunow: wedł. Szilyego. — 8) Mizuo: Klin. M. f. Aghd. XLIX, 1911. — 9) Roche: La clin. ophth. XX. 1914. — 10) Cuenod i Penel: ibidem 1913. — 11) Weeks: Zeits. f. Aghd. XXII, 1909. — 12) Colombo: Klin. M. f. Aghd. L. 1912. — 13) Szily: Sitzungsber. d. k. ung. Arztever. in Pest. 1915. — 14) v. Szily i Sternberg: M. m. W. 4, 1917. — 15) Kraus: W. kl. W. 2, 1915. — 16) Saxl: W. kl. W. 7, 1916. — 17) Müller i Tanner: Med. Klin. 43, 1916. b) Müller i Weiss: W. kl. W. 9, 1916. c) Müller: W. kl. W. 27, 1916. — 18) Eisenberg: Zentr. f. Bakt. I. A. Or. LXXI, 1912. Militärarzt, 25, 1916. — 19) Römer, Gebb, Löhlein: Arch. f. Ophth. LXXXVII, 1914. — 20) Behring: Zeits. f. Hyg. 1889—1890. — 21) Weyl: Zeits. f. Hyg. 1889. — 22) Carl: Fortschr. f. Med. 1890. — 23) Stilling: a) Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1890. b) Berl. kl. W. 1890. c) W. kl. W. 1891. — 24) Wicherkiewicz: Ber. d. ophth. Ges. Heidelberg, 1903. — 25) Wanscher: Therap. Monatsbl. 1891.

Kilka uwag o walce z zimnicą

podał [1])

Dr Tadeusz Tempka.

Do licznego szeregu chorób, które dzięki wojnie światowej wystąpiły w niewidzianych dotychczas rozmiarach, należy zimnica; z frontów europejskich grasowała ona najbardziej na bałkańskim i włoskim. Pracując przez rok w austrjackich szpitalach polowych w Albanii, miałem sposobność przypatrzyć się zbliska walce z zimnicą i zamiarem moim jest właśnie przedstawić tu przebieg tej walki i warunki, jakie na nią wpływały.

Podobnie jak w szeregu krajów południowej Europy, tak samo i ludność Albanii jest dziesiątkowana przez nagminnie panującą zimnicę; cały ten kraj z licznemi bagnami jest niejako wielką hodowlą poczwarek widlisza (anopheles). Nieliczne okolice, wolne dotychczas od tej choroby, zostały przez nią nawiedzone z chwilą masowych ruchów wojsk, już to dlatego, że chorzy na zimnicę dochodzili do okolic wolnych od zimnicy, a nie brakujący tam prawie nigdzie widlisz prowadził swe dzieło dalej, już też dlatego, że komary dostawały się do miejsc, gdzie ich przedtem nie było (n. p. przez zawleczenie ze zwierzętami jucznemi na stanowiska górskie).

Pierwsze liczniejsze przypadki zimnicy zaczęły się pojawiać wśród armji w maju; była to trzeciaczka. W lipcu, sierpniu, wrześniu i październiku występowała prawie wyłącznie zimnica podzwrotnikowa, przyczem bardzo częste było zakażenie mieszane obu temi postaciami. Czwartaczka natomiast, tak samoistnie, jak i jako zakażenie mieszane, była bardzo rzadka.

[1]) Na podstawie spostrzeżeń poczynionych w r. 1918 w austrjackich szpitalach polowych w Beracie i Durazzo.

Jeżeli się zważy, że co najmniej 90% osób z armji okupacyjnej zapadało na zimnicę, jeśli się uwzględni bardzo silną epidemję czerwonki i mniejsze epidemje duru powrotnego, osutkowego, brzusznego i gorączki Pappatacі, rozpaczliwy stan środków komunikacyjnych i niekorzystne warunki klimatyczne, to łatwo pojąć, że walka z zimnicą była w tych warunkach zadaniem nader mozolnem.

W walce tej brali udział oczywiście wszyscy lekarze wojskowi; ponadto utworzono jednak osobną instytucję, której zadaniem było przeprowadzanie i czuwanie nad wszystkiemi zarządzeniami, związanemi z walką przeciw zimnicy, mianowicie tak zwane inspektoraty dla zwalczania zimnicy. Na czele inspektoratu stał lekarz-bakterjolog, sztab pomocniczy tworzyli lekarze, medycy i aptekarz, a nadto był dodany oddział robotniczy dla uskuteczniania robót odnoszących się do zwalczania zimnicy. Inspektorat posiadał pracownię dla badań mikroskopowych i skład siatek, służących tak do ochrony mieszkań, jak i jednostek przed widliszami. Cała Albania została podzielona na szereg okręgów, które podlegały takim inspektoratom; w miarę potrzeby wysyłały one rodzaj filij w dalsze okolice. Inspektoraty były zależne oczywiście od szefa sanitarnego korpusu.

Jednym z najważniejszych czynników przy zwalczaniu chorób zakaźnych jest zapobieganie. Zważywszy, że przed wstąpieniem na teren albański wojska austrjackie były zupełnie wolne od zimnicy (nieliczne wyjątki, jakie zapewne były, nie miały znaczenia), to, teoretycznie rzecz biorąc, pierwszem zadaniem było tłumienie już istniejącej zimnicy w Albanji, a więc tępienie komarów, z drugiej zaś strony leczenie ludności miejscowej, aby jak najbardziej zmniejszyć liczbę roznosicieli pasorzytów zimniczych. Oba te zadania były oczywiście nie do wykonania, tak ze względu na ciężkie warunki, w jakich się posuwała pierwsza linja bojowa, jak i ze względu na wrogie zachowanie się ludności wobec każdego obcego przybysza.

Wskutek tego nie pozostawało nic innego, jak oprzeć zwalczanie zimnicy na jej zapobieganiu i tłumieniu pośród samychże wojsk.

Zapobieganie było natury mechanicznej i swoistej. Mechaniczne miało na celu urządzenia, wiodące z jednej strony do niszczenia komarów i utrudniania ich rozmnażania się, z drugiej zaś ograniczające jak najbardziej możność kłucia ludzi przez komary. Wiodące do pierwszego celu osuszanie niezliczonych moczarów i bagien, względnie zlewanie ich powierzchni saprolem, lub naftą i usuwanie niskich krzewów przybrzeżnych byłoby nawet w czasach pokoju zadaniem, rozkładającem się na szeregi lat; wobec stosunków wojennych, braku sił roboczych, utrudnionego dowozu i ogromnej ilości środków potrzebnych do tego celu, była ta część zapobiegania, przynajmniej w szerszym zakresie, niewykonalna. Celem tępienia komarów, chroniących się w porze zimowej do mieszkań, nie przedsięwzięto niczego (n. p. wykadzania, rozpylania pewnych środków), jednakże nie miałoby to wielkiego znaczenia, gdyż w zimie była ilość nowych zakażeń niewielka.

Wskutek tego głównym punktem zapobiegania mechanicznego pozostało chronienie się przed kłuciem komarów; wydano więc rozkazy, aby o ile możności nie opuszczać mieszkań z nastaniem zmierzchu, a obozować na wzgórzach i zdala od wód stojących. Okna, drzwi i kominy domów osłaniano gęstemi siatkami (sporządzanemi przeważnie z papieru, lecz dostatecznie wytrzymałemi), a nadto i łóżka dostawały osobne zasłony ze siatek. Bardzo ważnym szczegółem w ochronie mieszkań przed moskitami było zaprowadzenie t. zw. przestrzeni Celliego, to znaczy rodzaju przedpokojów, oddzielających wnętrze mieszkania od świata zewnętrznego, stanowiących więc rodzaj filtrów przeciw komarom. Do niszczenia komarów, które wtargnęły do przestrzeni Celliego, jak i tych, które mimo tych przestrzeni dostawały się do wnętrza, służyły dwie ręczne sikawki, rozpylające pyrolinę. Wielkie trudności sprawiało zaopatrzenie siatkami namiotów i właściwie nie było wcale stosowane. Jednostki chroniły się przed ukłuciem komarów zapomocą siatek na głowę, mających druciane rusztowanie, napinające siatkę w odległości kilku centymetrów od skóry; siatki były płasko składane, tak, że można je było bez trudności ze sobą nosić. Dla ochrony rąk służyły rękawiczki z gęstego materjału, sięgające wysoko na przedramię. Stosowanie tych środków z nastaniem zmierzchu przez wszystkie osoby podlegało surowemu nakazowi i odnosiło się oczywiście nietylko do jednostek, lecz i do całych oddziałów, zwłaszcza transportów chorych na całym obszarze Albanji. Nacierania skóry środkami odstraszającemi widlisze nie stosowano wcale, raz dlatego, że głodne widlisze tem się nie zrażają, a nadto, że byłoby trzeba do tego celu ogromnej ilości tych środków

Swoiste zapobieganie zimnicy polegało na zapobiegawczem zażywaniu chininy; miało ono na celu jużto uniemożliwienie zagnieżdżenia się pasorzytów zimniczych we krwi, do czego służyło codzienne doprowadzanie chininy do ustroju, jużto stłumienie ich rozwoju w ustroju przed ujawnieniem się pełnych objawów klinicznych, a więc jeszcze w okresie utajenia. Codzienne zapobiegawcze używanie chininy ma dwie ujemne strony: 1) osoby, które źle znoszą działanie chininy, są codziennie wystawione na szereg przykrych, powszechnie znanych objawów, z jej zażywaniem związanych; 2) niewielkie stosunkowo dzienne dawki 0·2—0·3 gr., które w Albanji ze względu na wielką złośliwość zakażeń zimniczych podniesiono do 0·5 gr., mogą według niektórych wywierać, zwłaszcza na pasorzyta zimnicy podzwrotnikowej, raczej wpływ drażniący, niż hamujący. Mimo to codzienna profilaktyka została zaprowadzona dla wszystkich z wyjątkiem oficerów. Rozstrzygającą była ta okoliczność, że żołnierz prosty, przeważnie nieinteligentny, łatwoby zapomniał o »dniach chininowych« profilaktyki przerywanej i robił dowolne przerwy, coby zupełnie mijało się z celem; tak zaś musiał codziennie przed wieczerzą zażyć w obecności oficera lub podoficera dwie pastylki à 0·25 gr. Dla oficerów wprowadzono profilaktykę przerywaną; uwzględniając, że średni okres utajenia trzeciaczki wynosi 11, czwartaczki 14, a zimnicy złośliwej 6 dni, to jasną jest rzeczą, że przerwa w zażywaniu chininy musi być mniejsza, niż najkrótszy okres utajenia. Nadto drugim warunkiem jest wysokość dawki; ponieważ celem profilaktyki przerywanej jest zniszczyć we krwi już rozwijające się pasorzyty, więc dawka jej powinna mieć działanie lecznicze, czyli, że ma wynosić conajmniej jeden gram na dzień. Schemat był następujący: środa i sobota każdego tygodnia 1 gram, niedziela zaś 0·5 gr.; te pół grama zostało dodane dlatego, że przerwa od soboty do środy byłaby o jeden dzień dłuższa, niż od środy do soboty. Szereg lekarzy używał nieco innego, bardzo prostego sposobu, mianowicie stosował 1 gram dziennie z dwudniową przerwą bez względu na dni tygodnia. Profilaktyka przerywana miała tedy w stosunku do codziennej dwie korzyści: 1) dni wolne od chininy, 2) dawka 1 grama była już dawką leczniczą. Do sprawdzania, czy dane osoby rzeczywiście zażywają chininę, służyło badanie moczu co do obecności chininy zapomocą odczynnika Giemsy (sublimat + KJ.). Spostrzeżenia moje nad sobą samym i szeregiem innych osób, które pierwszy raz przeprowadzały profilaktykę chininową, pokazały, że ustrój bardzo szybko potęguje swe zdolności wydalania, względnie rozkładania chininy; gdy bowiem po pierwszych dawkach jednogramowych jeszcze na trzeci dzień był wyraźny odczyn w moczu, to po dalszych utrzymywał się tylko do drugiego dnia, aż wreszcie już rano następnego dnia był ujemny. Fakt ten należało uwzględnić przy posługiwaniu się odczynem, jako kontrolą, z drugiej zaś strony ilustrował on niedostateczność profilaktyki, polegającej na małych dawkach, względnie dużych przerwach. Zapobiegawcze zażywanie chininy było obowiązkowe od maja do końca października. Osoby, które chwilowo lub na stałe opuszczały Albanję, powinny były jeszcze co najmniej przez dwa miesiące po opuszczeniu jej granic stosować profilaktykę, a to ze względu na możliwość późnego pojawienia się napadu zimnicy. Dla osób, które w okresie zimnicy przybywały do Albanji, rozpoczynała się obowiązkowo profilaktyka już w Bocche di Cattaro.

Do zarządzeń zapobiegawczych, mających na celu ochronę reszty ludności przed zimnicą, należało zaliczyć jeszcze rozkazy, mocą których tak jednostki, jak i całe oddziały, opuszczające Albanję, musiały się poddawać badaniom mikroskopowym co do obecności pasorzytów zimniczych we krwi i w razie dodatnim były zatrzymywane. Rozporządzenie to jednak obowiązywało tylko pewien czas; na jego podstawie nie możnaby było właściwie nikogo wypuścić z granic Albanji.

Chcąc ocenić skutki tej profilaktyki mechanicznej i swoistej, trzeba naprzód zastanowić się, czy była ona należycie przeprowadzona; odpowiedź trzeba dać przeczącą. Po pierwsze najważniejszy punkt profilaktyki, to znaczy tępienie widliszów, było, jak już wspomniałem, mimo najlepszych nawet zamiarów, tylko w bardzo skromnych granicach możliwe. Zabezpieczenie mieszkań siatkami było często spóźnione lub niedostateczne [2]). Co się tyczy używania siatek na głowę i rękawiczek, to muszę stwierdzić, że stosowała je tylko mniejszość; główną przyczyną tego była duszna, gorąca atmosfera, wskutek czego noszenie siatek i rękawiczek było bardzo przykre, a nadto utrudniało widzenie. Także i profilaktykę chininową przeprowadzał cały szereg osób niedokładnie lub nawet całkiem jej nie stosował, jużto nie zdając sobie sprawy z jej ważności, jużto powodowany jakiemś uprzedzeniem. Przypuściwszy jednak nawet, że wszystkie te zarządzenia byłyby przez wszystkich jak najdokładniej wykonane, to przecież zaszły okoliczności, które całe zapobieganie obróciły w niwecz, mianowicie odwrót z początkiem lipca 1918 r. z południowej części, a wkrótce potem i z reszty kraju. Ten odwrót odbywał się w czasie od lipca do października, a więc w okresie najsilniejszej zimnicy. W takich warunkach, gdzie tysiące spały pod gołem niebem, nie było oczywiście mowy o zapobieganiu mechanicznem, a trudno też było wymagać od znękanego i głodnego żołnierza, aby pamiętał o zażywaniu chininy. Dlatego też ocena wartości profilaktyki swoistej (co do wartości dokładnie przeprowadzonej profilaktyki mechanicznej niema oczywiście dwu zdań) jest na podstawie stosunków albańskich bardzo trudna, względnie nawet niemożliwa. Z nielicznych wyjątków, gdzie osoby nie stosujące żadnej profilaktyki, a pokłute przez komary, na zimnicę nie zapadały, nie można wysnuwać ogólnych wniosków, zwłaszcza, że nie każdy widlisz ma być zakażony. Na sobie i kilku znajomych stwierdziłem wielką wartość regularnie przeprowadzonej profilaktyki chininowej; podczas odwrotu nie używałem ani siatki, ani rękawiczek i zostałem szereg razy dotkliwie pokłuty; przez cały okres zimnicy zażywałem jeden gram chininy dziennie z dwudniową przerwą i na zimnicę nie zapadłem. Oczywiście i tych przypadków nie można uogólniać.

Według zdania takich powag w zakresie znawstwa zimnicy, jak Ruge, Nocht, Plehn, Ziehmann, nawet najenergiczniejsza i najdokładniejsza profilaktyka chininowa przeważnie nie zdoła uchronić przed zakażeniem w okolicach nagminnie panującej ciężkiej zimnicy. Natomiast wpływa ona dodatnio co do zapobiegania ciężkim zakażeniom, częstości nawrotów i występowania czarnej gorączki.

Do celów leczniczych używano podobnie, jak i do zapobiegawczych, kołaczyków chlorku chininy po 0·25 gr., nadto wstrzykiwań chininy w połączeniu z etyluretanem, wreszcie neosalwarsanu i rozczynu Towlera. Pierwotnie powszechnie stosowany schemat, polegający na podawaniu wewnętrznem 1 grama chininy na 4—6 godzin przed napadem, został zupełnie zarzucony, a to z kilku powodów. Przedewszystkiem było niemożliwe oznaczyć dokładniej okres napadu tak ze względu na wielką ilość zakażeń mieszanych, jak też i dlatego, że przypadki zimnicy podzwrotnikowej, które w okresie letnim stanowiły większość, mają pod wpływem chininy zupełnie nieregularny przebieg gorączki. Przyjąwszy nawet możliwość oznaczenia czasu napadu w części przypadków, było wprost fizycznie niemożliwe stosować ten sposób przy wielkiej liczbie chorych. Poza tem nowsze badania (Celli, Grassi) okazały, że i mniejsze dawki chininy, częściej powtarzane, osiągają, dzięki zbiorowemu działaniu, ten sam skutek, co jednorazowe większe, a mają tę wyższość, że wskutek ich dłuższego działania nie jesteśmy zależni od czasu napadu; ważną okolicznością jest i to, że objawy podmiotowe są znacznie lżejsze, lub też brak ich zupełnie.

Na tej zasadzie opiera się powszechnie dzisiaj stosowany sposób podawania chininy według Nochta: Przez cały czas trwania gorączki i jeszcze sześć dni po ostatniem wzniesieniu gorączkowem podaje się 1 gram dziennie w 4 do 5 dawkach, poczem po jednodniowej przerwie następują po dwa dni chininowe (à 1 gr.), przedzielone przerwami coraz dłuższemi (2, 3, 4 i 5 dni). Potem jeszcze conajmniej przez miesiąc stosuje się po 1 gramie w dwu po sobie następujących dniach z 5-dniowemi przerwami, tak, że od chwili ostatniej gorączki chory jeszcze przez dwa miesiące zostaje pod wpływem chininy. To dłuższe podawanie chininy po ustąpieniu napadów ma na celu jak najdokładniejsze zniszczenie wszystkich pasorzytów, a więc jestto zapobieganie nawrotowi. Niektórzy, n. p. Plehn, żądają nawet, aby jeszcze przez sześć miesięcy od chwili ostatniego napadu stosować tę profilaktykę przeciwnawrotową. O ile w przebiegu tej profilaktyki wystąpi nowy napad, należy całe leczenie zacząć od początku. Oczywiście, że chory taki, o ile po odbyciu profilaktyki przeciwnawrotowej jest jeszcze wystawiony na możność ponownego zakażenia zimniczego, powinien dalej zapobiegawczo zażywać chininę.

Schemat Nochta został w Albanji nieco zmieniony ze względu na przeważającą liczbę ciężkich przypadków zimnicy złośliwej, wielką liczbę zakażeń mieszanych, jak również i na to, że nawet niepowikłana trzeciaczka miała przebieg przeważnie bardzo ciężki i uporczywy. Dlatego dzienną dawkę podniesiono w okresie gorączki do 2 gramów. Schemat wyglądał następująco: Podczas gorączki i przez 2 dni po jej ustąpieniu po 2 gramy chininy dziennie w 4—5 dawkach, następnie jeden dzień przerwy, po

---

[2]) Także szczury, bardzo rozpowszechnione w Albanji, niszczyły nocami siatki.

MINISTERSTWO SKARBU

OBWIESZCZENIE.

Na podstawie Ustawy z dnia 16 Lipca 1920 r. (Dz. U. N. 61 poz. 391) oraz rozporządzenia Rady Obrony Państwa ogłasza Ministerstwo Skarbu z dniem 1-ym Października 1920 roku sprzedaż 4% Państwowej Pożyczki Premjowej na następujących warunkach:

1. Obligacje pożyczki na okaziciela w odcinkach wyłącznie po 1000 marek polskich sprzedawane będą po kursie nominalnym (al pari) tylko za gotówkę.
2. Stopa procentowa wynosi 4 od sta. Kupony, wolne od podatków od kapitałów i rentowych, płatne są z dołu dnia 1 października każdego roku przez wszystkie oddziały Polskiej Krajowej Kasy Pożyczkowej, Pocztowej Kasy Oszczędności, Kasy Skarbowe oraz inne instytucje, upoważnione przez Ministerstwo Skarbu. Kuponami pożyczki można też płacić cła i podatki państwowe.
3. **W ciągu pierwszych dwudziestu lat, począwszy od 6 listopada 1920 r., w każdą sobotę wylosowywaną będzie jedna wygrana w kwocie miljona marek polskich płatna bez jakichkolwiek potrąceń przez oddziały Polskiej Krajowej Kasy Pożyczkowej.**
4. W ciągu następnych dwudziestu lat (1940—1960) pożyczka będzie spłacona po kursie nominalnym przez wylosowywanie obligacji łącznie z temi, na które padły wygrane.
5. Obligacje pożyczki mają wszelkie prawa papierów pupilarnych, będą przyjmowane w pełnej wartości nominalnej, jako wadja przy licytacjach, kaucje akcyzowe i celne, kaucje przy zawieraniu kontraktów ze Skarbem Państwa oraz kaucje, składane do depozytów wszelkich instytucyj rządowych w wypadkach, gdy prawo przewiduje składanie kaucyj pieniężnych.
6. Obligacje pożyczki będą przyjmowane na przechowanie bez opłaty przez Polską Krajową Kasę Pożyczkową i pocztową Kasę Oszczędności.
7. Po wprowadzeniu przyszłej waluty polskiej pożyczka przerachowywana będzie po kursie o 10% wyższym od kursu ustalonego dla wymiany znaków obiegowych.

Obligacje Pożyczki z 40-ma kuponami rocznymi są do nabycia we wszystkich kasach skarbowych, urzędach podatkowych, oddziałach Polskiej Krajowej Kasy Pożyczkowej, w kasach kolejowych i wogóle we wszystkich kasach urzędów państwowych i samorządowych, w bankach i we wszystkich upoważnionych miejscach sprzedaży.

którym przez tydzień stosowano po 1 gramie dziennie; następnie szły 2 dni przerwy i znowu 2 »dni chininowe«. Każda następna przerwa była o jeden dzień dłuższa, 2 dni chininowe zaś nie ulegały zmianie. Doszedłszy do przerwy 5-dniowej, należało pozostać przy niej jeszcze miesiąc, tak że i tutaj zapobieganie przeciwnawrotowe trwało dwa miesiące. Po upływie tego czasu należało przejść do zwykłej profilaktyki, o ile jeszcze trwało niebezpieczeństwo nowego zakażenia.

Mimo tego energicznego leczenia przebieg zimnicy był długi i uporczywy, a nawroty tak częste, że nie przypominam sobie ani jednej krzywej gorączkowej wolnej od wzniesień nawrotowych. Wskutek tego trzeba było leczenie ciągle zaczynać na nowo. Dziwna rzecz, że olbrzymia większość chorych znosiła dobrze te wielkie ilości chininy.

Przy równoczesnej biegunce, zwłaszcza przy tak częstej w Albanji czerwonce, stosowano garbnikan chininy do 3 gr. dziennie.

Nadto wprowadzano do ustroju chininę w postaci wstrzykiwań, mianowicie w przypadkach, gdzie chorzy byli nieprzytomni, przy ciężkich zaburzeniach przewodu pokarmowego i wogóle przy uporczywym przebiegu. Używano do tego chlorku chininy w połączeniu z etyluretanem, przez co wessanie ulegało przyspieszeniu, a miejscowy odczyn tkanek był słabszy, niż przy stosowaniu samej chininy. Wstrzykiwano przeważnie śródżylnie, rzadziej śródmięśniowo; podskórnego wstrzykiwania zaniechano, gdyż zdarzały się przypadki martwicy skóry i tkanki podskórnej w miejscu wstrzyknięcia. Środek był gotowy w ampułkach w dawce silniejszej (1 gr. chininy + 0·5 gr. etyluretanu) i słabszej (0·5 gr. chininy + 0·25 gr. etyluretanu). Zwykłą dawką było pół grama, powtórzone ewentualnie tego samego dnia. Jak już wspomniałem, chininę w postaci wstrzykiwań stosowano tylko wyjątkowo, gdyż chorzy oddziaływali niekiedy na ten sposób podawania zapadem, kończącym się czasem i zejściem śmiertelnem.

Wreszcie ze środków działających na same pasorzyty używano jeszcze neosalwarsanu i rozczyn Fowlera. Neosalwarsan okazał się skuteczny, ale tylko przeciw trzeciaczce, i to przeważnie we wcześniejszych zakażeniach. Używano go więc przy złośliwym przebiegu trzeciaczki, gdzie chinina wywierała słaby skutek, jak i przy zakażeniach mieszanych. W przypadkach niepowikłanej zimnicy podzwrotnikowej nie okazywał neosalwarsan wybitniejszego działania. Zwykła dawka była 0·6 gr., powtórzona w miarę potrzeby po paru dniach. Rozczyn Fowlera stosowano w zwykły sposób równocześnie z chininą w cięższych przypadkach, przedewszystkiem trzeciaczki.

Chcąc ocenić wyniki leczenia zimnicy w Albanji, trzeba tak samo, jak i przy omawianiu zapobiegania, poruszyć pytanie, czy to leczenie było, względnie czy wogóle mogło być należycie przeprowadzone? Jak poprzednio, tak i tutaj trzeba odpowiedzieć: nie. Nie mam tu na myśli tych nielicznych chorych, którzy, zwłaszcza jeszcze w maju i czerwcu, mogli przez cały czas choroby być leczeni przy swoich oddziałach lub szpitalach, nie będąc skazani na ciągłą przymusową wędrówkę z jednego szpitala do drugiego. Chodzi tu o tę ogromną większość, która z powodu ruchów odwrotowych w czasie od lipca do października (1918) mogła być trzymana w szpitalach, z powodu ich przepełnienia, co najwyżej parę dni, bardzo często zaś nawet już w dniu swego przybycia musiała ustąpić miejsca nowym transportom chorych [3]). W takich warunkach nie mogło być mowy nietylko o dokładnem leczeniu, ale oczywiście ogromna liczba chorych wogóle nie mogła dostawać chininy i tak szedł szereg chorych ze szpitali frontowych do coraz dalszych, nie widząc często chininy. Nic dziwnego, że liczba zachorowań i zejść śmiertelnych była ogromna [4]). Oczywiście trudno tu komukolwiek czynić zarzuty, że zapobieganie i leczenie nie mogło być należycie przeprowadzone; złożył się na to szereg czynników, które sprawiły, że walka z zimnicą w Albanji, mimo racjonalnych i energicznych na ogół zarządzeń, została całkowicie przegrana.

Należy tu zwrócić uwagę jeszcze na jeden szczegół. Wskutek wspomnianego już niedokładnego swoistego zapobiegania i leczenia, należało oczekiwać częstego pojawiania się przypadków »czarnej gorączki« (febris biliosa haemoglobinurica); jednakże wśród tysięcy chorych na zimnicę, ani sam tej postaci nie widziałem, ani też nie słyszałem o jej pojawianiu się od innych lekarzy. Jeżeli się zważy, że nawet jakiś przypadek został przeoczony z powodu nawału chorych, względnie że uszły uwadze lżejsze przypadki, to w każdym razie trzeba podnieść zupełny brak lub bardzo wielką rzadkość przypadków z pełnemi objawami. Spostrzeżenie to dowodzi, że jakkolwiek na ogół częstość czarnej gorączki idzie w parze z rozszerzaniem się i częstością zimnicy, to jednak choroba ta okazuje niekiedy zupełną niezależność od częstości zimnicy w danym obszarze, od jadowitości pasorzytów zimniczych i od klimatu. Podobne spostrzeżenia skłoniły nawet niektórych autorów (Manson, Leishman) do przyjęcia odrębnej jednostki chorobowej t. j. właściwej czarnej

[3]) Dla ilustracji tych stosunków podaję obraz, jaki panował na jednym z moich oddziałów w Durazzo. Stare koszary tureckie mieściły 160 łóżek, w okresie zaś zimnicy musiały dawać schronienie 400—500 chorym; leżeli oni dosłownie wszędzie, nawet w piwnicy. Wskutek takiego samego przepełnienia i innych oddziałów ogromna liczba chorych musiała leżeć dniem i nocą pod gołem niebem i w kurzu ulicznym.

[4]) Dość powiedzieć, że dwa szpitale w Durazzo, które otrzymywały chorych co prawda prawie z całej południowej Albanji, odsyłały w okresie letnim tygodniowo okrętami szpitalnymi kilka tysięcy chorych na zimnicę, nie licząc mnogich transportów lądowych i przypadków śmierci, dochodzących do 20 dziennie.

gorączki (black water fever) w przeciwieństwie do czarnej gorączki rozwijającej się na tle zakażenia zimniczego.

Na zakończenie chciałbym poruszyć jeszcze jeden szczegół, mający dla nas praktyczne znaczenie. Wojska austrjackie, okupujące Albanję, były złożone prawie wyłącznie, i to zapewne celowo, ze Słowian, wśród których Polacy stanowili poważny odsetek. Przeważna ich część zabrała do kraju na pamiątkę pobytu w Albanji pasorzyty zimnicze; mamy więc teraz u siebie, a chodzi tu właściwie o Małopolskę, szereg roznosicieli pasorzytów zimniczych. Ponieważ w Polsce jest pełno miejscowości, gdzie znajdują się widlisze, więc zachodzi niebezpieczeństwo powstawania nowych przypadków zimnicy, i to także zimnicy podzwrotnikowej, której pasorzyty znajdą w miesiącach letnich dobre warunki rozwojowe. By temu zapobiedz, należałoby w miejscowościach, gdzie przebywają widlisze, poddać wszystkie osoby, które były na frontach południowych i zwłaszcza mają obrzęk śledziony, mikroskopowemu badaniu krwi co do pasorzytów zimniczych. Badanie to możnaby ułatwić przez »zmobilizowanie« pasorzytów, to znaczy wywołując przejście ich do krwi obwodowej przez wstrzyknięcie adrenaliny, lub, co sprawia jednak więcej zachodu, mleka, względnie surowicy końskiej. W razie dodatniego wyniku należałoby »roznosicieli« poddać energicznemu leczeniu. Inicjatywa musiałaby wyjść oczywiście od czynników lekarsko-rządowych.

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologja.

R. Ledermann: **O dermatoterapeutycznych przetworach zastępczych.** (Derm. Zeitschr. XXVIII, 2). Brak surowca uniemożliwił wytwarzanie pewnych środków leczniczych, dlatego zwrócono się w Niemczech ku wyrobom, nie tyle może zastępczym, ale raczej uzupełniającym dotychczasowe środki lecznicze. Zamiast francuskich przetworów arsenu (kakodylanu) wprowadzono solarson (1% heptinochloroarsenowy siarczan amonu) i elarson (siarczan chloroarsenobenzolowy strontu zawartości 13% As). Wody Levico i Roncegno zastępowano wodami mineralnemi z Val sinestra w Szwajcarji lub z Dürkheim. Dla leczenia kiły, szczególniej układu nerwowego polecano arsenohyrgol (Heyden-Radebeul), modenal i hysal, zastępujące francuski enesol. Preparaty drożdżowe zastępują w zupełności sztuczne wytwory, jak cerolin, furunculin i biozyme, tran rybi-syrup jodowożelazowy lub t. zw. proszek przeciwkrzywiczy (calc. carb. + phosph. + lacticum). Jako środek łagodzący swędzenie, poleca L. wewnętrznie chloran wapniowy lub mleczan wapniowy (pruritus, urticaria chr.). W leczeniu »parapsoriasis« okazała się doskonałą, wprowadzona przez Herxheimera pilocarpina. Z braku siarki (sol. Vlemings, tropinol) poleca L. dodawać do kąpieli nadmanganian potasu i sublimat (furunculosis, pyodermia). Octan glinowy zastępuje ornicet (mrówczan glinu), mallebrem (25% rozczyn aluminium chloricum liquid.), moronal (siarczan formaldehydu glinu), acetoform (aluminium aceticum citricum + hexamethylentetr.). W miejsce alsolu (aluminium aceticum tartaricum) poleca L. novalson (preparat mrówczanowy). Przetwory w postaci stałej, jak perhydrit, ortizon, zastępuje płynną wodą utlenioną. Brak pudrów roślinnych zmusza do zastępowania ich mineralnemi (jak talcum, calcium i magnesium carbonicum, terra silicea, bolus alba). Najtrudniej zastąpić niedrażniące oleje i tłuszcze (ol. olivae, ol. lini, amygdalarum i t. d.), nie można otrzymać również i dobrej płynnej parafiny. Dadzą się one jednak zastąpić preparatami, wyrabianemi przez aptekarzy, jak wasogenem, wasolimentem, wasenolem (v. liquidum). W leczeniu świerzbu stosuje autor perol (peruscabin + czysty ol. vasel.) i ristin (ester glykolowy kwasu monobędźwinowego). Najtrudniej jednak zastąpić podłoże do maści. Brak zupełnie dobrej waseliny, a obecnie znajdująca się w handlu, nieoczyszczona, działa szkodliwie drażniąco na skórę, wywołując cały szereg wyodrębnionych już dziś postaci chorobowych. Syntetycznie zdołano wytworzyć przetwór zastępczy laneps (otrzymany przez kondensację węglowodanów z dodatkiem parafiny i wosku) i lovan, połączenie tłuszczów mineralnych z organicznemi. Przetwory te, podobne do lanoliny, zastępują doskonale waselinę, nie drażniąc skóry. Do wytwarzania maści beztłuszczowych poleca Kromayer odwar z karragenu. Brak gliceryny odczuwa się przedewszystkiem przy sporządzaniu mieszanek do wcierania (linimenta), używanych w przypadkach, w których skóra nie znosi tłuszczu lub gdy chcemy usunąć niemiłe działanie maści. Z przetworów zastępczych stosuje się najchętniej perkaglicerynę i perglicerynę Neuberga, dalej glykol i tegoglykol. Unna poleca w miejsce gliceryny syrup cukrowy i chloran wapniowy. Meirowsky sporządził przetwór mollphorus, zawierający cukier trzcinowy i inwertynowy, bardzo tani (1 kg. = 60 fen.). Fabryka Cassella w Frankfurcie puściła w obieg preparat zastępczy glycinal (skład chemiczny trzymany jest w tajemnicy), a wypróbowany przez Herxheimera i Natana. Plastrów kauczukowych (przylepców) nie można niczem zastąpić. Zamiast benzyny poleca L. tetrachlor. Chysarobinę zastępuje agnoliną w pastach 0·25—0·5% (oxyantiasol). W celach leczniczych stosujemy obecnie bardzo chętnie szczepionki leukogen, opsonogen (zakażenia gronkowcowe), antigon, gonargina (sprawy wiewiórowe), trichin, trichophytin (trichophytia). Doc. Dr F. Walter.

Brocq. **Rozważania praktyczne o promieniolecznictwie.** (Annal. de derm. et de syph. T. VI. 1916—17). Autor na wstępie wyraża obawę, iż zbyt pochopne i za mało krytyczne stosowanie w lecznictwie promieni X i radu może spowodować, że te środki mogą wyjść z użycia. Większość bardzo ciężkich, późno występujących zapaleń skóry po stosowaniu promieni X i radu, spostrzeganych w ciągu ostatnich 12 lat, była skutkiem nieumiejętnego stosowania promieni. Wielki postęp osiągnięto przez stosowanie sączenia promieni przez sączki aluminiowe. Aby uniknąć wielkich przykrości, należy promienie stosować tam tylko, gdy wszystko inne zawodzi, nie naświetlać jednego miejsca kilkakrotnie, stosować sączki aluminiowe, uświadomić chorego o możebnych następstwach. Zastrzegając się z góry, że dziś stosowanie promieni w celu zabicia drobnoustrojów i pasorzytów nie wytrzymuje krytyki, przechodzi B. do rozpatrzenia stosowania promieni w leczeniu poszczególnych spraw chorobowych. Sprawy, wywołane na skórze owłosionej przez grzyb strzygący i drobnozarodnikowy, mają w promieniach X czynnik ogromnie pomocniczy w usunięciu włosów. Większe ma znaczenie stosowanie promieni X przy sprawach, wywołanych grzybem woszczynowym, ale tylko jako pierwszy i niedostateczny dla wyleczenia środek; konieczne jest późniejsze dodatkowe usuwanie odrastających włosów i miejscowe stosowanie środków leczniczych. W rozmaitych postaciach wypadania włosów stosowanie promieni nie jest uzasadnione. Przy trądzie wyniki są bardzo rozmaite, lecz o ile chodzi o zmiany bardzo daleko posunięte i gdy wszystko inne zawodzi, można po uświadomieniu chorego próbować stosować promienie. W toczniu wyłączne stosowanie promieni X, które ani na prątek Kocha, ani na guzek nie mają działania wybiórczego, pociąga za sobą powstawanie bardzo nieładnych blizn, popstrzonych licznemi rozszerzonemi naczyńkami, a więc wskazane jest chyba w miejscach przykrytych. Natomiast miał B. dobre wyniki po stosowaniu raz na 2—3 tygodnie po nacinaniu naświetlania w dawce 4—5 H. przez sączek 1 mm; naświetlania powtarzał 4—5 razy. W liszaju rumieniowym dają promienie X, stosowane umiarkowanie i ostrożnie, dobre wyniki. (Ważna uwaga: Cechą tego liszaja są drobne, rozszerzone naczynia włosowate; skutkiem naświetlania mogą pojawiać się również takie naczynia: uważać, aby nie pogarszać sprawy zasadniczej zbyt wytrwałem usuwaniem tego objawu). Przy figówce (sycosis), o ile uzna się za konieczne usunięcie włosów, zastosowanie promieni X jest wskazane, ale raz tylko. W trądziku (acne) w celu osiągnięcia wyników konieczne jest wywołanie zmian w żywotności gruczołów łojowych, do czego potrzeba wielokrotnie stosować promienie X; ponieważ to bezwarunkowo wywoła w najlepszym razie pojawienie się rozszerzonych naczyń, a więc promienie X są tu przeciwwskazane. Tem mniej uzasadnione jest stosowanie promieni przy wykwitach guzkowo-krostkowych twarzy na tle zaburzeń przewodu pokarmowego, narządów płciowych, krążenia, układu nerwowego. Brodawki pod wpływem promieni X bezwarunkowo znikają, ale przy tej sprawie widział B. największą ilość ciężkich zapaleń skóry. Swędzenie odbytu, sromu, moszny (ochronić jądra!) przy zastosowaniu promieni X ustępuje, lecz w razie nawrotu nie wolno powtarzać naświetlania. W t. zw. »neurodermitis chr. circumscripta (pruritus circumscriptus c. lichenificatione)« na razie swędzenie ustępuje, lecz niebawem nawraca; w razie następowych naświetlań fatalne zapalenia i owrzodzenia skóry. W wyprysku (eczema) uważa B. naświetlanie za nie wskazane. W łuszczycy stosowanie promieni X jest przeciwwskazane. Istotą łuszczycy jest zajęcie całego naskórka i powierzchownych warstw skóry. Działanie lecznicze musiałoby polegać na zmianie właściwości tych warstw, co można byłoby osiągnąć chyba bardzo licznemi naświetlaniami, które są niedopuszczalne. Co do twardziny skóry niema B. osobistego doświadczenia, ale wiedząc teoretycznie, iż żywotność tkanek w tej sprawie jest upośledzona, nie radzi stosować promieni X. W nadmiernem owłosieniu, łojotoku i nadmiernem poceniu się można promieni X

użyć tylko wyjątkowo, w przypadkach beznadziejnych. W znamionach (naevi) naświetlanie radem daje dobre wyniki. Wobec bliznowców promienie X i radu dają dobre wyniki, ale B. już miał sposobność spostrzegać bardzo późne i ciężkie zapalenia skóry. Dlatego można naświetlanie stosować, jako środek pomocniczy przy miesieniu, nacinaniach, elektrolizie, świetle Finsena, gorącem powietrzu i t. d. W ziarniniaku grzybiastym (cz. grzybicy guzowatej) widywał B. szybkie znikanie guzów i wygojenie owrzodzeń pod wpływem promieni X, ale przestrzega przed wielokrotnem powtarzaniem naświetlań. Przy rakach lepiej wywołać ostre zapalenie skóry, niż pozwolić rakowi rozwijać się. Przy powierzchownych rakach zaleca B. energiczne usunięcie chirurgiczne z następowem zastosowaniem wysokich dawek promieni X. Przy pooperacyjnych głębokich nawrotach raka zaleca B. naświetlania bez nadziei wyleczenia, lecz dla zmniejszenia bólu, aby osiągnąć chwilowe polepszenie, dać choremu nadzieję i trochę spokoju. Roszkowski.

Dubreuilh: **O promienioleczn ictwie w chorobach skóry**. (Przyczynek do pracy Brocqa). (Ann. de derm. T. VI. 1917). D. zaznacza rozbieżność zdania specjalistów rentgenologów, którzy uważają wszystkie choroby skóry za nadające się do leczenia promieniami i zdania dermatologów, który zakres ten bardzo zwężają. Zdaniem D. nie wolno leczyć promieniami bez udziału klinicysty. Co do dawek, to zaleca wysokie 10—12 do 30 jednostek Holzknechta, ale tylko jednorazowo zastosowane. Działanie jest pewniejsze, łatwiejsze obliczanie dawek, bez porównania mniej powikłań. Roszkowski.

A. Azemar: **Studjum kliniczno-fizjologiczne nad stosowaniem wlewań nowarsenobenzolu do odbytnicy**. (Ann. de derm. et syph. 1918—19, XVII). Od 1912 r. zaczęto szeroko stosować wlewania arsenobenzolu do odbytnicy. Autor zastosował na klinice prof. Andry w Tuluzie ten sposób u 36 chorych. Po całodziennej diecie, wieczorem, na parę godzin przed wlewaniem leczniczem, daje się lawatywę z 2—3 litrów wody. W lekko ogrzanym fizjologicznym rozczynie soli w 10—20 cm³ rozpuszcza się dawkę i dodaje się kilka (10—15) kropli nalewki makowca, która, jak doświadczalnie stwierdzono, zupełnie nie zmienia rozczynu. Przez wygotowany cewnik Nelatona wstrzykuje się rozczyn ze zwyczajnej strzykawki do odbytnicy, uważając, aby nie wprowadzać powietrza. Najlepiej stosować zabieg około 7 wieczór, aby chory nie wstawał już z łóżka. Dawki duże: 0·9—1·2 (u dzieci 0·3—0·75) co 6 dni; naogół 5—6 wlewań. W przeważnej części przypadków wyniki były zupełnie dobre, zmiany ustępowały, O. W. stawał się ujemny. W jednym przypadku nie nastąpiło wcale polepszenie, w jednym chory nie znosił wlewań, w 2 wessanie nie następowało wcale. W każdym przypadku badano wydzielanie się arsenu w moczu sposobem Bougaulta (jakościowo) i Denigèsa (ilościowo). Wyniki: Wydzielanie rozpoczyna się w 2 godziny po wlewaniu, zwiększa się do 3. dnia i opada powoli do 5—6. dnia. Gdy krzywa opadała prędko, przełomowo, na 3—4 dzień — wynik leczniczy był ujemny. Gdy krzywa opadała zwolna, do 7. dnia, wyniki były dobre. Wydzielanie było bardzo różne, nietylko zależnie od osobnika, ale u tego samego osobnika bardzo się wahało. Ilość wydzielana pozostawała w stosunku do ilości podanej, dlatego zaleca A. wysokie dawki. Dla porównania badał A. wydzielanie arsenu przy podawaniu dożylnem. Wyniki: wydzielanie rozpoczyna się w 1 godzinę po wlewaniu, do 3 dni krzywa się podnosi, opadając do dni 15. Ostatecznie dochodzi A. do wniosku, że stosowanie nowarsenobenzolu przez odbytnicę jest b. łatwe, mało niebezpieczne, że daje wyniki zadawalniające, lecz mniej efektowne, nie tak stałe, krócej trwające, niż po stosowaniu dożylnem. Dlatego też stosowanie przez odbytnicę nie może w zupełności zastąpić wlewań dożylnych. Roszkowski.

Boas H.: **Badania wiewióra odbytnicy u kobiet**. (Dermatol. Woch. 1920, 4). Sprawą wiewióra odbytnicy u kobiet zajmowano się dotąd niewiele, a wyniki badań były sprzeczne tak co do częstości występowania tej sprawy chorobowej, jak i jej nasilenia i długości przebiegu. Boas badał przez okres $2^1/_2$-letni wszystkie kobiety chore na wiewióra narządów płciowych, leczące się w szpitalu Frederiksberg. Na 88 przypadków badanych znalazł niewątpliwego wiewióra odbytnicy w 14 przypadkach (16%). W 10 z tych przypadków stwierdzono wiewióra nietylko mikroskopowo ale i hodowlą na agarze. Objawy kliniczne były na ogół mało zaznaczone. Tylko jedna chora skarżyła się na ból w czasie oddawania stolca. Znaleziono u niej w stolcu sporą domieszkę krwi. W 3 przypadkach była skóra w okolicy odbytu zaczerwieniona i zaogniona. W 11 przypadkach znaleziono w stolcach (badanych codziennie) domieszkę śluzu i ropy. W 2 przypadkach mimo obecności w odbytnicy dwoinek wiewiórowych nie było innych objawów. Przy rektoskopji znajdowano lekkie nastrzykanie i zaczerwienienie śluzówki do wysokości 6—8 cm. Czasami śluzówka była pokryta grubą warstwą śluzu. Owrzodzeń nie widział Boas nigdy. Z powikłań spostrzeżono raz około odbytu ropień, który nacięto. W ropie znaleziono dwoinki wiewiórowe, które utrzymywały się w jamie ropnia 2 tygodnie. Przebieg przeważnie bardzo szybki i łagodny. W 10 przypadkach dwoinki wiewiórowe i objawy kliniczne znikły w 2—4 tygodni. W 4 pozostałych przypadkach dwoinki i objawy utrzymywały się $2^1/_4$, $2^1/_2$ i 4 miesiące, jednakże ustąpiły wreszcie bez nawrotu. Rozpoznanie powinno być ustalone dopiero po dodatnim wyniku barwienia sposobem Grama. Rokowanie dobre. Leczenie: przepłukiwanie 2 razy dziennie ciepłym (40°) rozczynem nadmanganianu potasu (1:3000) stopniowo po $^1/_4$ litra i pozostawianie płynu tego w odbytnicy przez 5 minut (4 razy z rzędu, razem 1 litr i 20 minut) i założenie następowe czopków z ichtyolem. W bardzo uporczywych przypadkach 2% protargol. Zapobieganie: przy wiewiórze narządów płciowych przykrywać zawsze wejście do pochwy watą, napojoną rozczynem lapisu. Dr Tadeusz Pawlas.

Hecht: **Reinfectio syphilitica**. (Derm. Zeitschr. XXVIII. 4). R. Müller powątpiewa o możności łatwego powtórnego zakażenia się kiłą, a co za tem idzie, udałego leczenia poronnego we wczesnych okresach kiły. Wszystkie ogłoszone przypadki ponownego zakażenia uważa Müller przeważnie za nawroty drugorzędne. Hecht sprzeciwia się poglądom Müllera, a przedewszystkiem jego żądaniu, aby za prawdziwą, powtórnie występującą zmianę pierwotną uważać tylko taką, która nie leży w zakresie dróg naczyń chłonnych pierwszej zmiany. Najwięcej owrzodzeń sadowi się na $^1/_3$ dolnej powierzchni prącia i na wędzidełku. H. przytacza dane anatomiczne co do rozmieszczenia dróg chłonnych na prąciu; nie można sobie wyobrazić, spoglądając na rysunki anatomiczne naczyń chłonnych prącia, aby blizna, pozostała po pierwszej zmianie pierwotnej, nie leżała w zakresie dróg chłonnych miejsca, w którem usadowiła się powtórna zmiana. Również pozostawanie krętka bladego przez długi czas w bliźnie po wyleczonej zmianie pierwotnej nie jest dostatecznie zbadane. Sam H. miał sposobność badać blizny po zmianach pierwotnych w 6 przypadkach, a nigdy nie mógł znaleźć krętka bladego. Sądzi więc H., że możemy dziś już przyjąć możliwość powstawania wtórnego zakażenia kiłą, mając już pewne na to dowody, jak nasilenie leczenia, okres czasu, jaki upływa między pierwszem a wtórnem zakażeniem kiłowem; żądanie Müllera co do siedziby drugiej zmiany pierwotnej nie da się dostatecznie uzasadnić. Doc. Dr F. Walter.

Kolle i Ritz: **Samorodne przeniesienie kiły u królików**. (Derm. Zeitschr. XXVII. 6). Autorom udało się otrzymać po raz pierwszy zakażenie kiłą u królika na drodze płciowej, przez zamknięcie w klatce zdrowego samca z chorą samicą i chorej samicy ze zdrowym samcem. Doc. Dr F. Walter.

Eicke: **Czas, w którym występuje odczyn Wassermanna w zmianie pierwotnej i zależność jego od siedziby zmiany**. (Derm. Zeitschr XXVII. 6). Sprawa czasu, w którym pojawia się po raz pierwszy dodatni odczyn Wassermanna u osobnika kiłowego, nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnioną, a dane statystyczne różnią się nieraz bardzo znacznie od siebie. Autor przeprowadził badanie odczynu Wassermanna w 1200 przypadkach zmiany pierwotnej; w 605 przypadkach dało się ustalić czas zakażenia ze ścisłością 8 dni, a w 77 przypadkach stwierdzono jedno jedyne spółkowanie i to po dłuższej abstynencji płciowej. W tych przypadkach czas zakażenia dał się z wielką ścisłością oznaczyć. Autor przekonał się, że szybkość występowania odczynu Wassermanna zawisła w wysokim stopniu od siedziby zmiany pierwotnej. Uzasadnienie tego zjawiska polega na anatomicznej budowie, właściwości tkanek i zaopatrzeniu ich w drogi krwionośne i chłonne; drogi chłonne mają największe znaczenie. Najszybciej występuje dodatni odczyn Wassermanna w przypadkach zmiany pierwotnej na wędzidełku, bo już w 3—4 tygodni, a w 5 lub 6 już prawie stale (85%). Warunki anatomiczne, jak bogactwo naczyń, są tu szczególnie dobre. Przy zmianie usadowionej na żołędzi i na blaszce wewnętrznej napletka pojawia się odczyn dopiero po upływie 3 tygodni. Przy pojawianiu się dodatniego odczynu niezmiernie ważną rolę odgrywa stopień zajęcia gruczołów chłonnych pachwinowych, jak również nasilenie dodatniego wyniku odczynu Wassermanna zależy od wielkości gruczołów chłonnych. Doc. Dr F. Walter.

Słuczewski: **Leczenie chorób skórnych zapomocą thorium X (Doramand)**. (Derm. Zeitschr. XXVIII. 4). Thorium X odkryli w 1902 r. Rutheford i Loddy. Jest ono produktem rozpadowym toru. Rozpad thorium X jest bardzo szybki, wsku-

tek czego efekt biologiczny trwa przez krótki okres czasu. Działanie thorium X jest nieregularne, po $5^1/_2$ dniach zmniejsza się do połowy. Towarzystwo Auerowskie wprowadziło do leczenia thorium X pod nazwą doramandu w postaci wstrzykiwań, wody do picia, a także jako maść. Autor stosował maść doramandową w szeregu cierpień skórnych, z początku zawsze świeżo sporządzaną, później jednak posługiwał się już gotową fabryczną. Do celów praktycznych okazały się najlepsze koncentracje rozczynów o 1000 J. E. St. Rzadziej używał S. koncentracji silniejszej lub słabszej. Dla działania dłuższego zakładano szczelny opatrunek z maścią, na dłuższy okres czasu. Dogodniejsze okazały się sposoby krótszego, lecz w częstych odstępach czasu powtarzanego stosowania doramandu, — przy działaniu bowiem przez dłuższy czas powstawały odczyny skórne. Wyniki lecznicze uzyskał S. bardzo dobre w przypadkach łuszczycy (80% wyleczonych przypadków), dobre wyniki były w pityriasis capitis, seorrhoea capitis, pityriasis rosea, acne rosacea, lichen ruber. Doramand okazał się środkiem nietylko dogodnym, ale rozszerza on zakres działalności leczenia światłem. Szczególniej do leczenia nadają się ogniska chorobowe, niekorzystnie usadowione z utrudnionym dostępem (ucho, nos, powieki, okolica odbytu i t. d.). Silnych odczynów skórnych można uniknąć przez stosowanie mniejszych dawek, jednak stale tak, że można choremu dać do ręki maść, którą sam sobie stosuje. Doc. Dr F. Walter.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Posiedzenia Towarzystwa rozpoczęły się po ferjach 22. wreśnia. — Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dziękuje kol. Dr Hufnaglowi z Paryża za dzieła ofiarowane bibljotece Towarzystwa.

Polska Akademja Umiejętności otrzymała zapis ś. p. Pawła Tyszkowskiego na »popieranie polskiego piśmiennictwa i wynalazków w zakresie nauk przyrodniczych i lekarskich ze szczególnem uwzględnieniem prac, badań i wynalazków, dotyczących raka i chorób wenerycznych«. Zapisany Akademji majątek składa się z kilkunastu folwarków w Małopolsce. Jestto pierwszy w Polsce tak znaczny zapis, przeznaczony wyraźnie na popieranie nauk lekarskich.

Choroby zakaźne w Krakowie od 22. VIII. do 18. IX. 1920: dur plamisty zachor. 26, † (zmarło) 4, brzuszny 49 † 7, powrotny 8, czerwonka 386 † 100, płonica 59 † 2, błonica 8 † 3.

Przybory lekarskie, odczynniki i t. p., nie wytwarzane jeszcze w kraju, w ostatnich czasach było nieraz bardzo trudno dostać, a drożyzna ich była nadzwyczaj wielka. Jedną z przyczyn tego był brak polskich dużych przedsiębiorstw handlowych w tym dziale. Obecnie powstała w Krakowie spółka udziałowa, która sfinansowała dużym kapitałem firmę Drobnera i popierać będzie przemysł krajowy. Do spółki należy kilka banków i powstała dawniej spółka »Medicum«, z której ramienia wszedł do Rady nadzorczej nowej spółki prof. Dr W. Łepkowski.

Zmarli: W Paryżu słynny urolog prof. Guyon w 90 r. ż., w Berlinie patolog prof. Hansemann w 62 r. ż.

Dr Bolesław Lach, b. legionista I bryg.. burmistrz m. Sieniawy, prezes Organ. narod. w 32 r. ż. w Sieniawie z duru plamistego; Dr I. Lickendorf w Busku; Dr Jan Ziembicki, lek.-pułkownik, w 55 r. ż. w Krakowie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Wrzesień 1920. (Cena 5 M. n.). Zeszyt ten zawiera sprawozdania z postępów medycyny i higieny społecznej, pióra Dr Koelscha (o zatruciach i szkodliwem działaniu pyłu), prof. Puppego i doc. Müller-Hessa (medycyna sądowa), Hanauera (sprawa ubezpieczeń), oraz Sudhoffa z zakresu historji medycyny.

Odpowiedzialny redaktor
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

MINISTERSTWO
ZDROWIA PUBLICZNEGO. 257

Warszawa, dnia 3. września 1920 r.

Nr. XIII. 29736/20. 0265

OGŁOSZENIE KONKURSU

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza konkurs na posadę prymarjusza oddziału chorób wenerycznych i skórnych (kobiecego) szpitala powszechnego we Lwowie.

Do posady tej przywiązane są pobory IX stopnia służbowego urzędników Państwowych, uregulowane ustawą z dnia 13. VII. r. b. Dz. Ustaw Nr 65 poz. 429.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać, iż:

1) są obywatelami Państwa Polskiego,

2) posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem,

3) są specjalistami w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych, w tym celu winni kandydaci przedłożyć swoje prace naukowe.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 15. X. 1920 r.

Podania należycie udokumentowane należy wnosić w tym terminie na ręce Pana Dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 11. Rok LIX

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń za wiersz petitowy lub jego miejsce Mkp. 5·—, w nadesłanem Mkp. 7·—, w tekście Mkp. 9·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 60·—.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 5·—.

W sprawie leczenia przewlekłych nieżytów pochwy i macicy.

Podał Dr Władysław Mikucki.

(Z oddziału położniczo-ginekologicznego Szpitala krajowego w Sarajewie).

Przewlekłe nieżyty błony śluzowej narządów rodnych wewnętrznych kobiety w rozmaitych swych postaciach stanowią przeważną część cierpień kobiecych, z któremi chore zgłaszają się do lekarza. Jednym z głównych objawów tego cierpienia są upławy, które nieraz wyłącznie skłaniają chorą do szukania porady lekarskiej. Objaw ten, uważany przez chore za samą chorobę, polegający na mniej lub więcej silnem wzmożeniu prawidłowej wydzieliny narządów rodnych wewnętrznych przy równoczesnej zmianie jej jakości, zasługuje ze względu na ważność swoją na szczególną uwagę ze strony lekarza nieginekologa i wobec skarg chorych w tym kierunku nie powinno się nigdy zaniedbać badania narządu rodnego. Pominąwszy bowiem niekorzystny wpływ, jaki nieżyty narządów rodnych wywierają na cały organizm, objawy nieżytowe w postaci upławów są dla chorej często bardzo przykre, a usunięcia ich w jak najkrótszym czasie oczekują chore od lekarza. Toteż każde spostrzeżenie, przynoszące nowe sposoby leczenia lub ulepszenie starych, a mające na celu skrócenie czasu leczenia tych schorzeń, powinno się stać własnością ogółu lekarzy, zwłaszcza praktyków.

Zanim przejdę do właściwego tematu, sądzę, że nie od rzeczy będzie przypomnieć pokrótce niektóre szczegóły, dotyczące stanu prawidłowego narządów rodnych wewnętrznych, jak i etjologji i zmian patologicznych nieżytów tych narządów, szczegóły, mające dla leczenia praktyczne znaczenie.

Błona śluzowa pochwy, która budową swoją przypomina żywo budowę skóry z tą zasadniczą różnicą, że nie ma gruczołów i pokryta jest nabłonkiem płaskim wielowarstwowym niezrogowaciałym, a w najgłębszej warstwie wałeczkowym, jest bardzo silnie unaczyniona i w stanie prawidłowym posiada skąpą gęstą wydzielinę, na którą się składa głównie śluzowa wydzielina szyjki i trzonu macicy, a w małej tylko części przesącz surowiczy z naczyń krwionośnych tkanki łącznej, wreszcie złuszczone komórki nabłonkowe, leukocyty i rozmaite rodzaje drobnoustrojów. Oddziaływanie prawidłowej wydzieliny pochwowej jest zazwyczaj (przy prawidłowej wydzielinie macicy) kwaśne, co pochodzi od produktów przemiany materji pewnego rodzaju drobnoustrojów, w pochwie stale przebywających.

Błona śluzowa szyjki macicznej ma liczne gruczoły śluzowe, które w stanie prawidłowym wytwarzają wydzielinę gęstą, ciągnącą się, szklistą; pod drobnowidem znajduje się w niej pojedyncze komórki nabłonkowe, skąpe leukocyty i nieliczne drobnoustroje. Wydzielina gruczołów błony śluzowej trzonu macicy nietylko w stanie prawidłowym, ale i chorobowym, stoi pod względem ilości poza wydzieliną szyjki. W stanie prawidłowym miesza się z wydzieliną szyjki i nie daje się od niej wyosobnić.

W etjologji nieżytów narządów rodnych główną rolę odgrywa zakażenie, i to w pierwszej linji zakażenie wiewiórowe, co zadziwiać nie może, skoro sobie uprzytomnimy częstość tego zakażenia u kobiet. Menge i Fromme obliczali, że w większych miastach (przed wojną) 15—20% wszystkich kobiet żyjących płciowo jest zakażonych wiewiórem. Dziś ten odsetek z pewnością wzrósł znacznie.

Nieżyty śluzówki trzonu macicy z powodu jej względnej niedostępności bywają rzadziej wywoływane przez drobnoustroje, a w tym przypadku najczęściej jeszcze przez zarazek wiewiórowy, który albo sam dostał się z szyjki do jamy macicy wśród sprzyjających mu okoliczności (spółkowanie, menstruacja, połóg), albo też wprowadzony został niebacznie zapomocą narzędzi.

Nieżyty szyjki o wiele częściej niż nieżyty jamy macicy wywoływane bywają przez drobnoustroje i tutaj dwoinki Neissera mają łatwy dostęp i dogodne warunki rozwoju. Jednakże tak zmiany konstytucjonalne (błednica, zołzy u dziewcząt), jak i wpływy mechaniczne, zwłaszcza naddarcia ujścia zewnętrznego, zastój w krążeniu przy tyłozgięciach macicy i t. p., również nieośledniе w etjologji nieżytów szyjki zajmują miejsce.

Nieżyty błony śluzowej pochwy, mając zawsze za tło zakażenie, w wyjątkowych razach są natury wiewiórowej. Wielowarstwowy nabłonek płaski stanowi dla tych drobnoustrojów silną zaporę, nie mówiąc o niekorzystnem dla dwoinek Neissera oddziaływaniu kwaśnem wydzieliny pochwowej, jak i produktów przemiany materji całej gromady drobnoustrojów, żyjących stale w pochwie. Zmiany warunków życiowych flory pochwowej i osłabienie odporności tkanek z jednej strony, a nadmiar materjału zakaźnego dostarczanego z zewnątrz, czy też od wewnątrz (z macicy) mogą czasami zrobić wyłom w tem prawidle. Jedynie błona śluzowa pochwy dziecka ze swym delikatnym nabłonkiem, albo silnie przekrwiona pochwa ciężarnych lub w stanie zaniku będąca błona śluzowa kobiet starych nie mają środków obronnych w tej mierze i łatwo ulegają zakażeniu wiewiórowemu.

Zmiany chorobowe narządów rodnych wewnętrznych w stanie nieżytu, o ile są dla oka dostępne, mają swoje charakterystyczne cechy.

U kobiet w okresie czynności płciowej, nieżyt błony śluzowej pochwy charakteryzuje się jej silnem przekrwieniem, obrzmieniem i zaczerwienieniem, błona śluzowa wygląda jak szkarłatny aksamit, a na niej rozsiane są małe ciemnoczerwone punkciki, pochodzące od schorzałych, przekrwionych i drobnokomórkowo naciekłych brodawek tkanki łącznej, na szczycie pozbawionych nabłonka, który uległ złuszczeniu. U osób starych ogólnego przekrwienia i obrzmienia nie spotykamy, a na plan pierwszy występują ciemnoczerwone wielkie punkty naciekłych brodawek, broczących za lekkiem dotknięciem.

Między temi dwoma skrajnemi obrazami chorobowemi znajduje się cały szereg stanów przejściowych.

Wydzielina jest z małemi wyjątkami charakterystyczna i okazuje na pierwszy rzut oka swoje pochodzenie. Przedstawia się jako płyn mlecznobiały, rzadki, przy większej domieszce ropy żółtawy, działający na skórę części rodnych zewnętrznych żrąco i wywołujący odparzenia. Pochodzenie jej tłumaczy się silnym przesiękiem surowiczym z rozszerzonych naczyń krwionośnych błony śluzowej z domieszką wielkiej ilości złuszczonych komórek nabłonkowych i leukocytów, które w stanie nieżytowym błony śluzowej tworzą nacieki w tkance łącznej i przez warstwę nabłonka wędrują na jego powierzchnię. Oddziaływanie również się zmienia, z kwaśnego staje się obojętnem, a nawet zasadowem. Wydzielina roi się od rozmaitych rodzajów drobnoustrojów, między niemi i chorobotwórczych, które dzięki zmienionym warunkom odzyskują nieraz swoją jadowitość.

Zmiany chorobowe przy nieżytach szyjki macicy rzadko są dostępne dla oka. Jedynie w przypadkach naddarć ujścia zewnętrznego i wywinięcia warg części pochwowej (ectropium) mamy we wzierniku sposobność oglądać błonę śluzową szyjki; w przypadkach nieżytu jest ona bardzo obrzmiała, tworzy wyniosłości ponad miarę fizjologiczną i pokryta jest gęstą wydzieliną ciągnącą się, śluzową, która od domieszki złuszczonych komórek nabłonkowych i leukocytów — podobnie, jak wydzielina pochwy — nabiera barwy białej lub żółtej. Charakterystyczne dla nieżytów szyjki są zmiany na części pochwowej około ujścia zewnętrznego, występujące w miejscu, gdzie w stanie prawidłowym błona śluzowa pokryta jest nabłonkiem płaskim wielowarstwowym. Są to tak zwane nadżerki. W miejscu nadżerki nabłonek płaski błony śluzowej części pochwowej zostaje zastąpiony nabłonkiem wałeczkowatym, śluz wydzielającym, który wyściela błonę śluzową szyjki. Jedna warstwa tego nabłonka nie może osłabić żywoczerwonej barwy tkanki łącznej pod nim leżącej. Stąd wrażenie »nadżarcia« tego miejsca. Nadżerki, zajmując większą lub mniejszą przestrzeń na części pochwowej, przyczyniają się bardzo do zwiększenia nieżytowej wydzieliny szyjki, a zwłaszcza w przypadkach, gdzie dzięki większej sile rozrostu komórek nabłonka wałeczkowatego, pokrywającego nadżerkę, nabłonek ten, nie mając się gdzie podzieć, wrasta w głąb tkanki łącznej błony śluzowej i tworzy zagłębienia, mające charakter gruczołów śluzowych, skutkiem czego powierzchnia nadżerki wygląda jakby poorana, nierówna, brodawkowata. W razie zamknięcia otworu takiego nowoutworzonego gruczołu, czy to skutkiem nagromadzenia złuszczonych komórek nabłonkowych, czy też podczas leczenia przez pokrycie otworu gruczołowego narastającym od obwodu nabłonkiem płaskim, powstają w tkance łącznej błony śluzowej pęcherzyki, wypełnione śluzem, od drobnowidowych rozmiarów aż do wielkości laskowego orzecha, jeżeli wydzielanie śluzu po zamknięciu ujścia gruczołowego trwa dalej. Zmiany te nadają nadżerkom rozmaite wejrzenie, które znalazło wyraz w nomenklaturze, jak nadżerka płaska (erosio simplex), brodawkowata (e. papillaris) i pęcherzykowata (e. follicularis).

Mechanizm powstawania nadżerek dał powód do dwóch głównych przypuszczeń: Ruge i Veit, wychodząc z założenia, że najgłębsza warstwa nabłonka wielowarstwowego, pokrywającego błonę śluzową pochwy i części pochwowej, składa się z komórek wałeczkowatych, przyjmują, że powierzchowne warstwy nabłonka ulegają pod wpływem bodźców nieżyt wywołujących, złuszczeniu, a pozostały głęboki pokład nabłonka wałeczkowa-

tego przemienia się w warstwę powierzchowną, nabierając charakteru komórek śluzowych.

Drugie przypuszczenie, oparte na spostrzeżeniach klinicznych, dziś prawie ogólnie przyjęte, tłumaczy powstawanie nadżerek bujaniem nabłonka wałeczkowatego błony śluzowej szyjki poza anatomiczną granicę ujścia, który zastępuje złuszczony nabłonek płaski lub usuwa go, dzięki zwiększeniu swej siły proliferacyjnej.

Na tem miejscu nie od rzeczy będzie zwrócić uwagę na częstość pomyłek rozpoznawczych przy wywinięciu warg części pochwowej (ectropium), a mianowicie błona śluzowa szyjki, sztucznie odsłonięta, bywa niejednokrotnie uważana za wielką nadżerkę. Zdarzają się także i smutne w następstwach przypadki pomyłek, gdzie początkowe zmiany zwyrodnienia rakowego leczy się tygodniami, ba, nawet miesiącami jako nadżerki, zaniedbując czas najkorzystniejszy dla zabiegu doszczętnego.

Odosobnione nieżyty błony śluzowej trzonu macicy, objawiające się tylko zwiększoną wydzieliną bez nieprawidłowości w miesiączkowaniu, nie są częste, a rozpoznanie ich napotyka na trudności. Odznaczają się one zwiększeniem wydzieliny kilka dni przed perjodem, a celem ustalenia pochodzenia tej wydzieliny dobre oddaje usługi metoda Schultzego, polegająca na zakładaniu we wzierniku do pochwy przed ujście zewnętrzne dużego tamponu z waty, napojonego gliceryną. Po 24 godzinach zbiera się na tamponie większa lub mniejsza ilość wydzieliny śluzoworopnej, pochodzącej z jamy macicy.

Poza temi przypadkami nieżyty jamy macicy występują najczęściej powikłane nieżytami szyjki, wydzieliny obu tych odcinków macicy mieszają się z sobą, a jako główny objaw ze strony trzonu macicy wysuwają się na plan pierwszy nieprawidłowości w miesiączkowaniu i nieregularne krwawienia.

Przytoczywszy t y l k o t e s z c z e g ó ł y z etjologji, patologji i symptomatologji nieżytów pochwy i macicy, które są potrzebne dla uzasadnienia niektórych uwag o leczeniu, omówię zasady leczenia nieżytów, stosowane głównie na materjale chorych dochodzących, częścią u chorych stałych na oddziale ginekologicznym Szpitala krajowego w Sarajewie.

Z góry zaznaczam, że celem naszym nie było szukanie nowych środków, lecz wypróbowanie starych i przez odpowiednie kombinowanie metod leczenia skrócenie czasu leczenia.

Zanim przejdę do szczegółowego omawiania tych kwestyj, uważam za potrzebne sformułowanie zasad, od których nie należy w leczeniu tych cierpień odstępować.

Zasady te dadzą się zebrać w kilku punktach, a mianowicie:

1. Nieżyty narządów rodnych kobiety wogóle nie powinny być przedmiotem miejscowego leczenia w przypadkach stanów zapalnych ostrych i podostrych macicy, przydatków i otrzewnej, gdyż w tych razach nieżyty są tylko następstwem głównego cierpienia, a leczenie ich poprawy nie przyniesie, lecz przeciwnie stan głównego cierpienia pogorszy.

2. W przypadkach przewlekłych schorzeń przydatków i otrzewnej leczenie powinno się ograniczyć tylko do szyjki macicy i pochwy. Miejscowe leczenie nieżytów trzonu macicy może wywołać nawrót ostrego stanu zapalnego. Należy raczej leczenie skierować ku osiągnięciu możliwej poprawy schorzeń okołomacicznych.

3. W przypadkach drobnowidowo stwierdzonego zakażenia wiewiorowego szyjki macicy lub tam, gdzie istnieje na podstawie innych klinicznych objawów (nieżyt cewki moczowej, zapalenia ujścia gruczołów Bartholiniego i t. d.) uzasadnione przypuszczenie wiewiórowej etjologji nieżytu — o ile uwagi pod 1. i 2. nie mają już zastosowania — należy w leczeniu nieżytów pominąć trzon macicy, choćby okolica macicy zmian chorobowych nie przedstawiała, gdyż nie mogąc stwierdzić, czy jama macicy jest wolna od zakażenia, zdarzyć się może, że na zdrową błonę śluzową przeniesiemy zarazki z szyjki i zamiast poprawy wywołamy pogorszenie cierpienia, nie mówiąc już o możliwości zawleczenia zarazków wiewióra do jajowodów.

4. Leczenie nieżytów powinno się rozpoczynać wkrótce po ostatniej menstruacji, by módz wykluczyć ewentualność ciąży. Podczas leczenia zalecić należy wstrzymanie się od spółkowania.

5. Leczenie nieżytów szyjki macicy podczas ciąży powinno być zasadniczo zaniechane, raz z powodu możliwości przerwania ciąży, powtóre ze względu na obawę zawleczenia zarazków do jamy macicy.

6. Samo leczenie miejscowe nie wiedzie do celu, jeżeli się nie uwzględni lub nie usunie ogólnych czynników, które, jak zmiany konstytucjonalne (niedokrwistość, błednica lub zołzy), lub wpływy mechaniczne (tyłozgięcia macicy wysokiego stopnia, głębokie przedarcia ujścia zewnętrznego, ciała obce (krążki), wreszcie błędy w higienie), często wywołują nieżyty, a zawsze je podtrzymują.

7. Leczenie nieżytów zapomocą przestrzykiwań pochwy, zakładania tamponów i t. p., wykonywanych przez same chore, rzadko wiedzie do celu i podkopuje zaufanie chorych do skuteczności leczenia wogóle.

Jak pod 6. podniosłem, nieżyty narządów rodnych nietylko wywoływane bywają chorobami konstytucjonalnemi, lecz także same często przy dłuższem trwaniu cierpienia powodują rozwinięcie się niedokrwistości, która znowu ze swej strony podtrzymuje schorzenie miejscowe. Tworzy się więc rodzaj błędnego koła, z którego wyjść zdołamy i chorą z ń wyprowadzimy, wziąwszy się do zwalczania zmian ogólnych i miejscowych równocześnie.

Nie będę tu wchodzić w szczegóły leczenia niedokrwistości, błednicy czy zołzów, które się w takich przypadkach stosuje, chcę tylko zwrócić uwagę na nabytek ostatniego dziesiątka lat, mianowicie na leczenie tych stanów chorobowych promieniami ultrafioletowemi.

Leczenie świetlne spotkało się i spotyka dotychczas z nieufnością wskutek głośnych reklam fabryk przyrządów, służących do wytwarzania promieni ultrafioletowych, t. zw. lamp kwarcowych.

Z równą nieufnością odnosiłem się i ja do tego nowego leczenia, mimoto chciałem sam wyrobić sobie zdanie, o ile ten nowy środek fizyczny, mając zastąpić czynniki naturalne, którym ogromnego znaczenia w stanach prawidłowych i chorobowych nikt odmówić nie może, posiada przypisywane mu własności.

Wyniki spostrzeżeń na materjale chorych stałych i dochodzących w liczbie 212 przypadków, z tego 57 przypadków obserwowanych klinicznie, skłaniają mnie do stosowania promieni ultrafioletowych jako środka dzielnego, wywierającego nader korzystny wpływ na stan ogólny chorych i na skład krwi.

Leczenie ogólne trwało 4—6 tygodni. Naświetlanie całego ciała obnażonego, w pozycji siedzącej dwoma, z przodu i z tyłu ustawionymi przyrządami, a w pozycji leżącej najprzód przedniej, potem tylnej strony ciała, z zabezpieczeniem oczu szkłami dymnemi, a delikatniejszych miejsc skóry, jak pachwin i t. p. skrawkami płótna, powtarzałem co drugi dzień z odległości 70 cm, poczynając od 5 minut aż do pół godziny, które stanowi maximum czasu działania.

Dodatnie skutki leczenia objawiały się wybitną poprawą stanu podmiotowego, a przedmiotowo przyrostem wagi ciała, który wynosił 0·5—2·6 kg. w przeciągu 4—5 tygodni. Również i skład krwi znacznie się poprawiał, ilość ciałek czerwonych krwi wzrastała o 700.000—1,500.000 w 1 mm sześć., a ilość hemoglobiny z 50%—60% podnosiła się na 75%—90%. Spostrzeżenia, dotyczące składu krwi, odnoszą się do 57 przypadków obserwowanych klinicznie, waga ciała była kontrolowana u wszystkich chorych, leczonych naświetlaniami. Chore dochodzące nie wstrzymywały się od zajęć codziennych.

U wielu chorych, zwłaszcza u dziewcząt, u których nieżyt narządów rodnych powstał na tle niedokrwistości, czy błednicy, objawy nieżytowe same bez miejscowego leczenia, także u kobiet żyjących płciowo, wybitnie ustępowały równolegle z poprawą stanu ogólnego. Na 72 chore tej kategorji, dotknięte nieżytami macicy natury niezakaźnej, zostało wyleczonych bez miejscowych zabiegów 59 chorych t. j. 81·9%. Mając tak dzielny środek pomocniczy, stosowałem go odtąd we wszystkich przypadkach leczonych miejscowo i stwierdziłem wybitny wpływ na szybkość ustępowania objawów chorobowych.

Tam, gdzie niema lampy kwarcowej, również dobre usługi oddają w lecie kąpiele słoneczne na wolnem powietrzu.

Przechodząc do leczenia miejscowego nieżytów narządów rodnych wewnętrznych, musimy omówić leczenie nieżytów pochwy i macicy, każde z osobna.

Nieżyty pochwy, dające się chorym szczególnie we znaki z powodu żrącej wydzieliny, która na częściach rodnych zewnętrznych powoduje nader przykre odparzenia, bywają najczęściej leczone przestrzykiwaniami pochwy z dodatkiem środków ściągających, które to przestrzykiwania z polecenia lekarskiego chore same wykonują. Chore te po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu zgłaszają się znowu ze skargą, że dopóki stosowały przepisane leczenie, uczuwały poprawę, lecz z chwilą zaprzestania przestrzykiwań, objawy chorobowe znowu powracały. Nie może nas to dziwić, gdy sobie uprzytomnimy ogromną ilość fałdów i zagłębień na błonie śluzowej pochwy, w których się zatrzymuje wydzielina i które przy przepłukiwaniach pochwy, w zwykły sposób stosowanych, nie wchodzą w zetknięcie z płynem

użytym do tego celu, nie mówiąc już o tem, że przepłukiwania takie mogą tylko usunąć nadmiar wydzieliny, ale nie leczą schorzenia, gdyż środki ściągające są dodawane do wody zazwyczaj w tak słabem zgęszczeniu, że nie mogą zadziałać na chorą błonę śluzową. Jeżeli więc chcemy, polecając chorej robienie przestrzykiwań pochwy, zadość uczynić przynajmniej wskazaniu doszczętnego usuwania gromadzącej się wydzieliny, winniśmy chorą pouczyć, by umieściwszy naczynie (irygator) z ciepłą wodą przegotowaną w wysokości 50 cm ponad ciałem, po wypuszczeniu powietrza z rury gumowej, wprowadziła w pozycji leżącej nasadkę do pochwy mniej więcej 5 cm głęboko i zacisnąwszy wargi sromne jedną ręką około kanki, drugą otwarła kurek. Woda, gromadząc się w pochwie przy zamkniętym odpływie, rozszerzy jej światło, wygładzi wszystkie fałdy i zetknie się dokładnie z całą powierzchnią błony śluzowej. Z chwilą wystąpienia uczucia parcia powinna chora płyn z pochwy wypuścić, następnie ten sam proceder 2—3 razy powtórzyć. Słabe ciśnienie (50 cm), pod jakiem płyn się do pochwy dostaje, daje pewność, że rozdęcie pochwy nie nastąpi tak gwałtownie i w takiej mierze, by mogło mieć jakieś szkodliwe następstwa, których zresztą nigdy nie spostrzegałem.

Przepłukiwania pochwy, choćby z dodatkami środków ściągających, nie wywierają, jak wspomniałem, na błonę śluzową wpływu leczącego albo tylko bardzo słaby. Dlatego leczenie skuteczne nieżytu pochwy wymaga energiczniejszego zadziałania na błonę śluzową. Dwa sposoby stoją do wyboru:

Zadziałanie gałkami (tamponami) z waty, napojonemi rozczynem jednego ze środków ściągających, jak tannina, ałun w glicerynie (5:100), przyczem należy całą pochwę we wzierniku rurkowym wypełnić dość szczelnie tamponami, by wszystkie fałdy błony śluzowej wygładzić. Tampony zmieniać należy codziennie, a przed założeniem świeżych pochwę przepłukać, by ją uwolnić od masy złuszczonego nabłonka. Co kilka dni zaleca się robić jednodniową przerwę celem kontroli postępu leczenia.

Drugi sposób leczenia polega na przyżeganiu błony śluzowej nalewką jodową (1:30) lub 5% rozczynem azotanu srebrowego. Technika tego zabiegu dość prosta. Nastawiwszy część pochwową we wzierniku rurkowym, wlewa się doń kilka cm³ jednego z wymienionych środków, a przy wysuwaniu zwolna wziernika cała ściana pochwy ukazuje się stopniowo, wchodząc w zetknięcie z płynem. Zwilżywszy w ten sposób całą pochwę, należy resztę płynu przed usunięciem wziernika wymazać watą, by nie drażnić niepotrzebnie części rodnych zewnętrznych, wypryskiem lub odparzeniem dotkniętych. Zabieg ten powtarza się co 2—3 dni.

Który z tych dwóch sposobów leczenia stosować będziemy, zależy od stopnia nieżytu pochwy. W przypadkach, gdzie błona śluzowa pochwy jest silnie obrzmiała, korzystniejsze jest stosowanie tamponów z gliceryną tanninową lub ałunową. W przypadkach bardziej przewlekłych, a zwłaszcza przy zakażeniu wiewiórowem u kobiet starych, przyżeganie rozczynem azotanu srebrowego lub nalewką jodową daje lepsze wyniki.

Leczenie nieżytów macicy ograniczyć się powinno w przypadkach zakażenia wiewiórowego z wyżej wyłuszczonych powodów do leczenia szyjki. W innych przypadkach, lecząc nieżyt szyjki, będziemy leczyć równocześnie i jamę macicy.

Do leczenia używane są już oddawna środki przyżegające i ściągające w rozczynach o rozmaitych zgęszczeniach. Środki te stosuje się zapomocą pręcików aluminiowych (Playfair) lub srebrnych, giętkich (Saenger), obwiniętych cienką warstwą waty, napojonej rozczynem danego środka i wprowadzanych do macicy.

O ile chodzi o leczenie samej szyjki macicy, używanie tych pręcików odpowiada zupełnie celowi. Gdy jednakże pręcik taki w celu leczenia błony śluzowej jamy macicy wprowadzimy do jej wnętrza, to pokład waty, napojony rozczynem środka przyżegającego, przechodząc przez mniej lub więcej zwężone ujście wewnętrzne, traci z powodu ucisku większą część płynu, który pozostaje w szyjce lub wycieka na zewnątrz. Rzecz prosta, że ta mała ilość płynu, która pozostaje w wacie, nie może zadziałać na całą powierzchnię jamy macicy. Chcąc więc z leczenia osiągnąć skutek istotny, należy zamiast pręcika używać cewnika z twardego kauczuku, któremu przez ogrzanie we wrzącej wodzie możemy nadać dowolne zakrzywienie. Cewnik ten od ślepego i zaokrąglonego zarazem końca posiada na długości 10 cm drobne wręby, podobnie jak zgłębnik Playfaira, by warstewka waty mogła się na nim utrzymać, a blisko ślepego końca dwa małe boczne otworki. Po wprowadzeniu cewnika, obwiniętego w cienką warstwę waty, do jamy macicy, wtłacza się do niego zapomocą strzykawki 0·5—1 cm sz. rozczynu środka przyżegającego, który dostaje się do waty i znajduje się wtedy w dostatecznej ilości, by zadziałać i rozejść się po całej powierzchni błony śluzowej, a nie będąc w nadmiarze, ani pod ciśnieniem, nie może się dostać do jajowodów, co się czasami zdarzało przy użyciu strzykawki Brauna.

Nadżerki przyżega się tym samym środkiem, którym się leczy błonę śluzową macicy. Leczenie samej nadżerki bez równoczesnego leczenia nieżytu szyjki, który jest punktem wyjścia nadżerki, nie wiedzie do celu; po początkowem zmniejszeniu się, z chwilą przerwania leczenia nadżerka znowu ma dążność do nawrotu. Dlatego leczenie nadżerek zapomocą gałek z masła kakaowego z dodatkiem środków ściągających lub tamponów wprowadzanych do pochwy — bez osobnego leczenia nieżytu szyjki — nie przynosi wiele korzyści, nie mówiąc już o zupełnej bezcelowości zakładania tamponów przez chore same, gdyż w tych razach tampony pozostają zazwyczaj w dolnej połowie pochwy, nie dosięgnawszy nawet nadżerki.

Od rodzaju środka przyżegającego zależy częstość stosowania jego na nadżerkę, względnie na błonę śluzową. Im energiczniejsze jest działanie jakiegoś środka, polegające na wywołaniu obumarcia powierzchownej warstwy nadżerki i błony śluzowej, tem głębiej sięga zmiana przez niego spowodowana i tem dłuższego czasu potrzebuje błona śluzowa do oddzielenia obumarłej warstwy (nabłonka). Powtórne zadziałanie na to samo miejsce przed ukończeniem procesu odnowy wywołuje zmiany głębsze, z następowemi zbliznowaceniami, nie przyczynia się więc do rychłego przywrócenia stosunków prawidłowych.

Działanie środków przyżegających na nadżerki polega na niszczeniu nabłonka wałeczkowatego przy równoczesnem pobudzaniu do bujania nabłonka wielowarstwowego części pochwowej, który, narastając od obwodu, zwolna zajmuje miejsce komórek wałeczkowatych.

Przy leczeniu nadżerek t. zw. brodawkowych powinniśmy się starać zniszczyć zagłębienia gruczołowe, nim miejsce nadżerki pokryte zostanie nabłonkiem płaskim, gdyż w przeciwnym razie tworzą się w nadmiernej liczbie pęcherzyki śluzem wypełnione, wywołujące przez mechaniczny ucisk bóle przy miesiączkowaniu i uczucie napięcia w podbrzuszu. Pęcherzyki można wprawdzie usunąć przez nakłucia, mają one jednak wielką skłonność do nawrotów.

Otóż doświadczenie uczy, że stosowanie środków, bardzo energicznie pobudzających nabłonek płaski do szybkiego pokrycia nadżerki, skraca wprawdzie czas leczenia, lecz ułatwia tworzenie się wspomnianych pęcherzyków tam, gdzie ich dotychczas (n. p. wskutek zaczopowania ujścia gruczołu) nie było. Z tego wypływa wskazówka, kiedy i jakiego środka w leczeniu nadżerek używać będziemy.

Saenger ułożył skalę środków przyżegających według energji działania i długości przerwy, niezbędnej między jednem a drugiem zastosowaniem danego środka. Skala ta w miarę robionych spostrzeżeń ulegała zmianom, względnie uzupełnieniu i dzisiaj przedstawia się w następującej postaci:

50%	rozczyn chlorku cynku	co 14—16 dni
30%	» » »	co 10—12 »
	azotan srebrowy in substantia .	co 8—10 »
50%	rozczyn azotanu srebrowego . .	co 6—7 »
25%	formalina	co 3—5 »
	nalewka jodowa	co 3—4 »
	ocet drzewny	co 1—2 »

Stosowanie środków bardzo energicznych, jak rozczynów chlorku cynku i azotanu srebrowego »in substantia«, wychodzi coraz więcej (i słusznie) z użycia z powodu zbyt silnego działania wgłąb z następowemi zbliznowaceniami i zwężeniami szyjki. Również dla leczenia nadżerek są te środki niekorzystne z wyżej wyłuszczonych powodów. Najchętniej używane są: nalewka jodowa (1:10) i ocet drzewny, oba środki mało drażniące i zwolna ale doszczętnie leczące (zwłaszcza nalewka jodowa) nieżyty macicy.

Do leczenia nieżytów szyjki natury zakaźnej, wiewiórowej, korzystniej jest używać środków swoistych, jak rozczynów azotanu srebrowego (10%) lub protargolu (20%). Także nalewka jodowa, a zwłaszcza formalina (25%—50%) dobre oddaje usługi. Przyżeganie powtarza się w odstępach 3—5-dniowych.

Pamiętać o tem należy, że przed przyżeganiem trzeba z powierzchni błony śluzowej usunąć nagromadzony śluz zapomocą pręcików z watą napojoną 5% rozczynem sody.

Leczenie nieżytów macicznych wymaga 6—8 tygodni czasu, a nawet i krócej, przy równoczesnem stosowaniu ogólnych naświetlań promieniami ultrafioletowemi. Leczenie przerywa się na 2—3 dni przed miesiączką, a w 2 dni po jej ukończeniu podejmuje się je na nowo. Oznaką wyleczenia przy nadżerkach będzie

pokrycie ich zupełne nabłonkiem płaskim, w innych przypadkach nieżytów zmniejszenie się wydzieliny i zmiana jej wyglądania. W przypadkach zakażenia wiewiórowego leczenie nie zawsze wiedzie do doszczętnego usunięcia zarazków, mimo to powiedzie się często usunąć objawy przedmiotowe.

Przedarcia szyjki i wywinięcia warg ujścia zewnętrznego wymagają zabiegów plastycznych, których żadne leczenie zachowawcze zastąpić nie może.

Tutaj chcę wspomnieć o próbach miejscowego leczenia nieżytów macicznych, powikłanych nadżerkami, zapomocą promieni ultrafioletowych.

Próby te podjąłem na 34 chorych, naświetlanych miejscowo obok leczenia środkami przyżegającemi (nalewką jodową). Celem kontroli, o ile promienie ultrafioletowe wywierają korzystny wpływ bezpośrednio na leczenie nadżerek, miałem w równoczesnej obserwacji chore, leczone tylko zapomocą przyżegań. Do kontroli wybierałem przypadki ze zmianami nieżytowemi zupełnie podobnemi do tych, które były naświetlane.

Wyniki tych prób zachęcają do stosowania naświetlań miejscowych przy leczeniu nadżerek, gdyż czas potrzebny do pokrycia się nadżerki nabłonkiem płaskim w przypadkach naświetlanych był o $^1/_2$ lub $^1/_3$ krótszy od czasu leczenia kontrolnego wśród zresztą tychsamych warunków. Pokrywanie nabłonkiem odbywało się szybciej, a równorzędnie z tem ilość wydzieliny zmniejszała się wybitnie. Tylko w dwóch przypadkach bardzo dużych nadżerek nie widziałem poprawy po naświetlaniu. Tutaj i leczenie miejscowe było bez wybitnego skutku, dopiero zabieg operacyjny zmianę chorobową doszczętnie usunął.

Technika naświetlań łatwa: U chorej, ułożonej na stołku do badania, nastawia się część pochwową we wzierniku Bandla i umocowuje się ją w tej pozycji zapomocą dwóch ostrych haczyków, przytrzymujących drugim końcem brzegi wziernika. Lampę kwarcową ustawia się w odległości 50 cm od części pochwowej. Części rodne zewnętrzne i uda pokrywa się bielizną. Naświetlania stosowałem co 3 dni, od 5—10 minut, w przerwach między leczeniem miejscowem po oddzieleniu się strupka.

W końcu chcę zwrócić uwagę na jeden szczegół z zakresu higieny narządów rodnych kobiety, odgrywający pewną rolę w etjologji nieżytów narządów rodnych, zwłaszcza pochwy.

Każdy z lekarzy, nietylko ginekolodzy, spotkał się często z wyznaniem chorych, że dla czystości przestrzykują pochwę codziennie czystą wodą lub co gorsza z dodatkiem jednego z wielu środków przeciwgnilnych.

O ile te chore cierpią na przewlekłe nieżyty narządów rodnych i starają się w ten sposób uwolnić od przykrych jego objawów, jestto poniekąd zrozumiałe. Jednakże często spotyka się kobiety, które z innych powodów (zwłaszcza w celu zapobiegania ciąży) przywykły do tego zabiegu i później nie mogą się obejść bez niego. U tych chorych znajdziemy czasami przewlekły nieżyt pochwy, a częściej przy używaniu środków ściągających błonę śluzową stwardniałą, powierzchowne warstwy nabłonka zrogowaciałe, słowem wrażenie skóry, nie błony śluzowej.

Nie potrzeba uzasadniać szkodliwości takiego postępowania. Wiemy, że pochwa w stanie prawidłowym posiada sama środki obronne przeciw zakażeniu, tymczasem środki przeciwgnilne, używane do przestrzykiwań, zmniejszają jej naturalną odporność, a przestrzykiwania robione zapomocą nie zawsze czystych nasadek narażają chore na zakażenia, które w istocie nieraz temu przypisać musimy.

Piśmiennictwo bieżące.

Choroby kobiece i położnictwo.

Doc. Schweitzer: **Zmiany we krwi po naświetlaniu mezotorem.** (M. m. W. 1916, 10). Po naświetlaniach w przypadkach ginekologicznych stwierdzał S. stale: zrazu przemijającą leukocytozę, potem jednak leukopenję, przyczem zmniejszała się ilość leukocytów neutrofilnych, a stosunek zmieniał się na korzyść limfocytów. Stan czerwonych krwinek nie ulegał wybitniejszym zmianom. Zmiany co do leukocytów niewątpliwie nie są obojętne, zwłaszcza, że ustępują nierychło. Ubytek bezwzględny i stosunkowy leukocytów neutrofilnych, które mają w ustroju rolę fagocytów oraz roznosicieli antytoksyn, może osłabiać odporność ustroju względem zakażeń; przewaga zaś limfocytów po naświetlaniach mezotorem przywodzi na myśl spostrzeżenia białaczki, już w 6 przypadkach opisanej u rentgenologów. W każdym zaś razie zmiany krwi po naświetlaniach mezotorowych mogą budzić poważne obawy w tych przypadkach, w których stan krwi już wskutek rozwoju raka w ustroju znacznie się pogorszył. Rzeczą dalszych badań będzie stwierdzić, czy szkodliwy wpływ mezotoru na krew da się przez zmniejszenie dawki i częstości naświetlań złagodzić bez osłabienia działania na nowotwór. r.

Prof. Esch: **Pantopon-skopolamina w położnictwie.** (M. m. W. 1914, 13). Autor stosował pantopon-skopolaminę w 200 przypadkach. Używa się dwu rozczynów. Jeden zawiera w 1 cm³ 0,015 pantoponu i 0,003 skopolaminy. Drugi zawiera 0,005 pantoponu i 0,00015 skopolaminy. Dawkowanie zależy od wagi ciała. Z rozczynu pierwszego wstrzykuje Esch przy 45 kg., 0,6 cm³, przy 50 kg. 0,7 cm³, przy 55 kg. 0·8 cm³, przy 60 kg. 0·85 cm³, przy 65 kg. 0,9 cm³, przy 70 kg. 0,93 cm³, przy 75 kg. 0,96 cm³, a przy 80 i więcej kg. wagi 1 cm³. To przy pierwszem wstrzyknięciu. Przy następnych wstrzyknięciach posiłkuje się Esch drugim rozczynem. W celu uniknięcia wszelkich podrażnień zaleca E. założyć rodzącej do uszu waciki z oliwą, światło przyciemnić, wewnętrznego badania unikać z rozpoczęciem leczenia i dokładnie kontrolować tony serca dziecka. Po raz pierwszy wstrzykuje się pantopon-skopolaminę, kiedy ujście macicy jest rozwarte na pięć koron i przy silnych bólach porodowych. Najlepiej kierować się bólami; jeżeli co 5 minut występują silne bóle, — wówczas wstrzyknąć. Już po 10 minutach rodząca staje się senną i uspokaja się. Bóle porodowe przy tem nie ustępują, lecz skracają się i chora je odczuwa tylko na wysokości bólu. Jeżeli skutek pierwszego wstrzyknięcia jest nieznaczny, to po 20—30 minutach wykonuje się drugie wstrzyknięcie Z następnem wstrzyknięciem należy poczekać, aż nasilenie bolów wzmoże się. Esch stosował drugie wstrzyknięcie po 50—60 minutach, a trzecie po następnej $1^1/_2$ godzinie. Po drugiem wstrzyknięciu następuje zwykle sen, przerywany cichem stękaniem podczas bólu. Przy przerzynaniu się główki czują rodzące ucisk ku dołowi. Pierwsze godziny połogu położnica przesypia. Ewentualnie podczas bólu można podawać także kilka kropli chloroformu. Uboczne działanie: pragnienie, suchość w ustach (pozwalać pić), zaczerwienienie twarzy; jeżeli zaczerwienienie twarzy jest znaczne, świadczy to o szczególnej wrażliwości na środek powyższy, albo o zbyt wielkiej dawce. Wtedy należy zaniechać wstrzykiwań ze względu na płód. Jeżeli bóle, zamiast wzmagać się, słabną, należy zastosować pituglandol. W przypadkach Escha było to konieczne u 23% pierwiastek i u 39% wieloródek. Przeciwwskazania do stosowania uśpienia pantopon-skopolaminowego są następujące: 1) Wązka miednica; słabe bóle porodowe, słabe powłoki brzuszne. 2) Konieczność przyspieszenia porodu (zakażenie, gorączka, krwotoki, niebezpieczeństwo grożące życiu dziecka). 3) Choroby płuc, krążenia; przewlekłe choroby nerek, przymiot, wczesne porody u pierwiastek poniżej 16 lat ze względu na słabe dzieci. 4) Nieprawidłowe położenie i wypadnięcie pępowiny. Dr Tadeusz Kon.

Adler: **Przyczyny i leczenie krwotoków macicznych.** (Med. Klinik 1914, 5). Przedewszystkiem należy rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą miesiączkę krwotokową, czy krwotok maciczny, czy krwotok pochodzenia urazowego (spółkowanie, przestrzykiwanie i t. d.), który występuje przy polipach, nadżerkach (erosio), przy nawrotach złośliwych szyjki macicznej, oraz uwzględnić znaczenie krwotoku po dłuższym lub krótszym braku miesiączki (nowotwory złośliwe, ciąża). Silny krwotok w takim przypadku przemawia za zwyczajnem poronieniem; długotrwały zaś nieznaczny krwotok przemawia za poronieniem tyłozgiętej macicy lub za ciążą zewnątrzmaciczną. Ciążę zewnątrzmaciczną znamionują następujące cechy: Oczekiwana miesiączka we właściwym czasie nie nastąpiła, lecz w kilka dni lub tygodni wystąpiło słabe, długotrwałe krwawienie, z jednoczesnymi bólami z prawej lub lewej strony w dolnej części brzucha. (Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej musi być operacyjne). Nowsze badania histologiczne wykazały, że miesiączka krwotoczna u kobiet, jak również nieprawidłowe silne miesiączkowanie u młodych dziewcząt nie są zależne od zapalenia mięśnia macicznego (metritis), ani od zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis). Zmiany, które znajdujemy przy tak zwanej »endometritis glandularis« nie są niczem innem, jak fizyologicznemi zmianami w błonie śluzowej macicy w okresie przedmiesiączkowym; przy tak zwanej »endometritis interstitialis« niema krwotoków, a w wielu przypadkach krwotoków błona śluzowa macicy jest zupełnie prawidłowa. Według dzisiejszych poglądów przyczyna krwotoków leży nie w macicy, lecz w jajnikach. Również zaburzenia w innych narządach o wewnętrznem wydzielaniu mogą być przyczyną krwotoków macicznych (choroba Basedowa, akromegalia, choroba Addisona, obrzęk śluzowaty). Siedzący sposób życia,

zaparcie stolca, sznurowanie się, wogóle sposób życia, sprawiający przekrwienie, w narządach miednicy wywołuje silne i długotrwałe miesiączkowanie. Te nowe zdobycze wyjaśniają dostatecznie bezskuteczność dotychczas stosowanych wyskrobywań macicy. Polecać należy łóżko, zmianę klimatu (góry niezbyt wysokie), sposób życia wzmacniający, kąpiele żelaziste i solankowe. Ze środków farmaceutycznych stosuje się ergotynę, sekakorninę Roche (3 razy dziennie po 15 kropli), styptycynę Mercka (per os), pituitrynę, mamminę Poehla. Przy chorobach, które obniżają zdolność krzepnięcia krwi, stosuje się mleczan wapniowy lub węglan wapniowy po 0,5 na dawkę 3—4 razy dnia, lub żelatynę wewnętrznie i w tym tylko przypadku wytamponowanie pochwy. Promienie Röntgena są znakomitym środkiem przy krwotokach w okresie przekwitania, o ile krwotoki te nie mają tła złośliwego. W latach dojrzałości płciowej nie należy stosować rentgenizacji ze względu na mogący powstać zanik jajników. Przy mięśniakach wpływają promienie Röntgena na krwotoki, lecz nie na nowotwory. Mięśniaki złośliwe, znamionujące się szybkim i stałym wzrostem, stałymi krwotokami, nie nadają się do leczenia promieniami Röntgena. Dr Tadeusz Kon.

Martius: **Znieczulenie miejscowe przy operacjach pochwowych.** (Med. Klin. 1. 1920). Znieczulenie krzyżowe (anaesth. sacralis) ma ujemne strony, a mianowicie: w około 20% przypadków znieczulenie to zawodzi, dość często jest zabiegiem niebezpiecznym, pomijając już fakt, że w 5% przypadków zabiegu z powodu znacznego podkładu tłuszczu lub patologicznych zmian kości miednicy wykonać nie można. M. stosuje znieczulenie przykrzyżowe (anaesthesia parasacralis Brauna). Racjonalniejszą nazwą jest znieczulenie przedkrzyżowe (a. praesacralis). Do zabiegu używa M. ½% rozczynu nowokainy suprareniny, wstrzykując go w całą przednią ścianę kości krzyżowej. Do jednego znieczulenia zużywa M. 194 cm³ rozczynu Zabieg ten jest łatwy i da się prędko wykonać. Znieczulenie utrzymuje się do 2 godzin. Loebel.

Barolin: **Krwawienie z jajników.** (Med. Klin. 1, 1920). Cztery przypadki krwawienia z jajników, które jako »zapalenie ślepej kiszki« dały wskazanie do zabiegu operacyjnego. W dwóch przypadkach udowodniono krwawienie z pęcherzyków jajnikowych, w dwóch z ciałka żółtego. Przypadki te dawały objawy otrzewne Przy gwałtownym początku, niedokrwistości a dziewiczym stanie narządów rodnych można z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznawać: »krwawienia z jajników bez ciąży«. Loebel.

Kritzler: **Nowe zdobycze z literatury położniczej z r. 1914—1916.** (Med. Klin. 1, 1920):

a) Zacharias opisuje krwawienie z narządów rodnych u noworodków płci żeńskiej. Występują one jednorazowo, z końcem pierwszego tygodnia. Według Halbana krwawienia te polegają na hormonalnem powiększaniu się macicy, spowodowanem przez ciała pochodzące z łożyska, a które krążą w krwi noworodka.

b) Roubal stosuje z powodzeniem wyciskanie pępowiny według Marka przy zamartwicy noworodków, jako środek cucący. Zabieg wykonuje w ten sposób, że zaciska palcami pępowinę przy szparze sromowej matki i wyciska krew z pępowiny w kierunku pępka dziecka. Doszedłszy do pępka dziecka, natychmiast chwyta drugą ręką pępowinę tuż przy szparze sromowej i znowu we wspomnianym kierunku wyciska. Zabieg ten wykonuje około 3 razy, przez co dostarcza się dziecku krwi obfitującej w tlen. Przeciwwskazany jest ten zabieg przy ciężkich obrażeniach noworodka, przedwczesnem odklejeniu się łożyska, przedarciu pępowiny, przyczepie jej do błon płodowych, przy jej skręceniu (torsio), nie dającem się prędko usunąć i przy prawdziwych węzłach pępowiny.

c) Inny sposób stosuje Mack przez wstrzykiwania 1 cm rozczynu epinefryny 1:1000 do przeciętej pępowiny.

d) Abels tłómaczy żółtaczkę noworodków, jako wynik wzajemnego oddziaływania pewnych ciał, pochodzących z łożyska. Żółtaczka noworodków często bywa rodzinna lub habitualna.

e) Odleżyna po porodzie powstaje według Kottmeiera na tle zatrucia ciążowego przez zmiany w wydzielaniu wewnętrznem.

f) Dla zapobieżenia zapaleniom gruczołu mlecznego poleca Strassmann podczas ciąży mycie piersi tylko czystą zimną wodą, a przy suchych brodawkach nakładanie wacika, nasiąkniętego lanoliną. Przetwory spirytusowe są nieodpowiednie, gdyż przez nie staje się skóra porowatą. Podczas połogu należy okładać brodawki wacikiem nasiąkniętym 2—5% resorbiną i balsamem peruwiańskim; nie dotykać pod żadnym warunkiem samej brodawki. Loebel.

Frankl: **Przyczynki do patologji i kliniki raka jajnika, zwłaszcza przerzutowego.** (Archiv f. Gyn. B. 113/1, 1920). Rak żołądka, wogóle rak przewodu pokarmowego, bardzo często i bardzo wcześnie tworzy przerzuty w narządach rodnych kobiecych. Przerzuty tworzą się często już wtedy, kiedy guz pierwotny jest jeszcze bardzo mały i kiedy często jeszcze nie daje objawów. W każdym przypadku raka żołądka u kobiety należy dokładnie zbadać narządy rodne. Przerzuty w jajnikach dochodzą do rozmiarów stosunkowo wielkich guzów, natomiast w macicy i jajowodzie są prawie zawsze mikroskopijnie małe. Zjawiskiem bowiem stałem jest obecność w naczyniach limfatycznych macicy lub jajowodu ognisk rakowych przy przerzutowym raku jajnika pochodnym z żołądka. Przy pierwotnych rakach jajników Frankl najczęściej nie znajdował przerzutów w macicy lub jajowodach, a jeżeli są obecne, to zasadniczo różnią się od raków przerzutowych, ponieważ usadawiają się zawsze powierzchownie, nie okazując zupełnie skłonności do wnikania w głąb. Pierwotne raki jajników częściej powstają u kobiet, które mało rodziły i częściej są jednostronne. Rozpoznanie raka jajnika opierać się musi na fizycznem i chemicznem badaniu przewodu pokarmowego, na badaniu rentgenologicznem, często też gastroskopii i rektoskopii. Ważna jest charakterystyczna twardość macicy, a czasem jajowodów. W przypadkach pierwotnego raka jajnika, kiedy nigdzie zresztą nie znajdujemy schorzenia rakowego (wystarcza rozpoznanie gołem okiem podczas operacji) dozwolone jest wycięcie schorzałego jajnika i pozostawienie macicy i drugiego jajnika. W przypadkach przerzutowego raka jajnika należy usunąć dokładnie wszystko, tak że w tych przypadkach niema nawet prawa bytu amputacja ponadpochwowa, gdyż ogniska śródlimfatyczne sięgają często do szyjki macicy. W przypadkach raka przewodu pokarmowego a przedewszystkiem żołądka z przerzutami jajnikowymi już sama twardość jajników lub macicy jest wskazaniem do gruntownego ich usunięcia. Ginekolog przy operacji raka jajnika musi rewidować przewód pokarmowy, chirurg przy operacji raka żołądka narządy rodne. Loebel.

Lämmerhirt: **Ciężkie powikłania grypy wśród ciąży.** (Med. Klin. 5, 1920). Przypadek ciąży czteromiesięcznej z krwotocznem zapaleniem nerek, rozszerzeniem serca, z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i podostrem zapaleniem płuc i opłucnej. Krew znikła z moczu po wstrzyknięciu 40 cm³ jałowej żelatyny Mercka podskórnie. Podostre uporczywe zapalenie płuc i opłucnej znakomicie wyleczone zostało po 8 wśródmięśniowych wstrzykiwaniach po 1 cm³ eukalyptus-mentholin (metoda podana przez Berlinera i Straussa). Znakomitym środkiem moczopędnym okazał się po bezskutecznem stosowaniu naparstnicy i diuretyny — mocznik. Pod koniec ciąży pogorszenie. Poród samorodny 3 tygodnie przed terminem. Dziecko i matka zdrowe. Wyjątkowo szczęśliwy przypadek ten jest pouczającym dla sytuacji, kiedy rodzice koniecznie domagają się utrzymania ciąży. Loebel.

Alsberg: **Wynicowanie macicy w okresie poporodowym.** (Zeits. f. ärzt. Fort. 5, 1914). Że wynicowanie macicy w okresie poporodowym zdarza się częściej w praktyce prywatnej, niż w klinikach, należy to kłaść nie na karb lepszego wyćwiczenia personalu klinicznego, lecz na karb różnorodności materjału. Dawniej przypuszczano, że wynicowanie macicy wywołują zabiegi poporodowe, jak pociąganie za pępowinę, przedwczesny lub błędnie wykonany zabieg Credégo. Dziś wiemy, że przedewszystkiem wchodzi w tych razach w grę usposobienie indywidualne, gdyż wynicowanie macicy może nastąpić zupełnie samorodnie. Przyczyna wynicowania leży w niedostatecznym rozwoju mięśnia macicznego, w zwiotczeniu ścian macicznych; o ile do tego przyłączy się ucisk powłok brzusznych, zabieg Credégo i t. d., to wynicowanie macicy zaraz się wytwarza. Od wielkości wynicowania zależy jego przebieg i rokowanie. Częściowe wynicowanie nie daje prawie żadnych objawów i leczy się samo, często nawet nie bywa spostrzeżone. Wynicowanie zupełne daje rokowanie złe. Wywołuje ono przedewszystkiem bardzo ciężki wstrząs, który sam przez się może wywołać zejście śmiertelne. Znaczna utrata krwi przed i po wynicowaniu zwiększa jeszcze bardziej grozę położenia Thorn oblicza śmiertelność w tych przypadkach na 16%, Jones na 35%. Przyczyną śmierci w pierwszym rzędzie jest wstrząs i krwotok, dalej zakażenie i zator płuc. Łożysko przytem może być jeszcze przymocowane do wynicowanej macicy, albo też być już od niej oddzielone. Choć wstrząs pomyślnie minie, to wynicowanie może wieść do dalszych następstw, jak krwotok, zgorzel, zakażenie. Rozpoznanie nie przedstawia trudności, jeżeli wynicowanie jest całkowite. Zdarzają się jednak rozpoznania błędne, ze względu na rzadkość tych przypadków. Opisano już przypadki, w których wynicowaną macicę brano za łożysko, za nowotwór i podejmowano zabieg, którego

następstwem było wyrwanie całej macicy. Co się tyczy zapobiegania, to można dużo zdziałać. Przedewszystkiem należy zwalczać niedowład macicy, a przy wiotkiej macicy nie stosować zabiegu Credégo, nigdy zaś nie ciągnąć za pępowinę. Leczenie zależy od wielkości wynicowania. Częściowe wynicowanie nie wymaga żadnej interwencji. Jedynie przy poważniejszych objawach, jak krwotok, koniecznem bywa wytamponowanie pochwy przy jednoczesnem zastosowaniu wstrzykiwań sporyszu lub wyciągu z przysadki. Zupełne wynicowanie wymaga zwalczania wstrząsu i niebezpieczeństwa utraty krwi. Przedewszystkiem należy się postarać o ręczne odprowadzenie macicy. Odprowadzenie często staje się niemożliwem, jeżeli, pomimo odprowadzania, macica ciągle się wynicowuje, lub jeżeli dolny odcinek szyjki kurczowo się zacieśnia. Z tych względów należy odprowadzać w uśpieniu, a jednocześnie z odprowadzaniem macicy należy wytamponować ją w ten sposób, że całą rękę wkładamy do pochwy i odprowadzoną część macicy natychmiast tamponujemy. Wraz z wytamponowaniem macicy i wynicowanie jej zniknie. Następnie tamponujemy pochwę. Gruntowne wytamponowanie macicy i pochwy (tampon zostawiamy na dobę) zapobiega następowym nawrotom i krwotokom. O ileby się pierwsza próba odprowadzenia nie udała, należy po kilku godzinach znowu próbować, ale nie forsownie, ażeby wstrząsu nie powiększyć. Między obiema próbami należy zostawić pochwę wytamponowaną, ażeby tampon uciskał wynicowaną powierzchnię. Gdyby i druga próba się nie udała, należy wynicowanie usunąć chirurgicznie (rozszczepienie przedniej lub tylnej ściany macicy).

Tadeusz Kon.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 7. IV. 1920 r.

Przewodniczy prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 52 członków.

I. Kol. Tabor dzieli się spostrzeżeniem co do działania białego precypitatu (hydrargyrum praec. album) przy świądzie (pruritus). Poleca je jako 1% maść.

II. Prof. Rosner przedstawia **zdjęcia rentgenologiczne z przypadku akromegalji** u kobiety, przedstawionej na przedostatniem posiedzeniu. Na kliszach z czaszki widoczne jest znaczne pogłębienie i rozszerzenie siodełka. Zdjęcia rąk i nóg dają dokładny obraz poszerzenia kości, a zwłaszcza nasad członków palcowych.

III. Kol. kap. Skórczewski: **Zagadnienia z rentgenologji i radjologji.**

W dyskusji zabiera głos prof. Rosner i prelegent.

IV. Do Towarzystwa przyjęto kol. Wł. Mikuckiego i Stan. Tomczyka.

XIV. Posiedzenie naukowe z dnia 14. IV. 1920 r.

Przewodniczy prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 60 członków.

I. Kol. prof. Rosner przedstawia preparat po doszczętnem wycięciu macicy z częściami dodatkowemi z powodu **mięsaka części pochwowej macicy.** Przypadek ten dotyczy 54-letniej żydówki, u której rozpoznanie makroskopowe wahało się między rakiem, a nabłoniakiem kosmówkowym (chorionepithelioma); badanie mikroskopowe (prof. Ciechanowski) wykazało mięsaka. Nowotwór ten spotyka się w części pochwowej bardzo rzadko.

W dyskusji kol. prof. Ciechanowski potwierdza rzadkość preparatu, wypowiada jednak zdanie, że jest on pochodzenia mięśniakowego z następowem złośliwem zwyrodnieniem (sarcoma myogenes).

II. Kol. prof. Wachholz: **Historja szpitali SS. Miłosierdzia, św. Barbary i św. Ducha.** (Cz. I.). (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. prof. Rosner stwierdza wybitne znaczenie badań prof. Wachholza w kierunku wykrycia rzeczywistej prawdy w sprawie tak bardzo zawikłanej, jaką jest szpitalnictwo krakowskie. Badania prelegenta przyczynić się muszą do rewindykacji praw Akademji (Uniwersytetu) do szpitala św. Łazarza.

XV. Posiedzenie naukowe z dnia 21. IV. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 67 członków.

I. Kol. doc. Walter: **Z zagadnień leczenia kiły.** Wiadomości nasze o dowodach zupełnego wyleczenia kiły są do dziś dnia niezupełne, aczkolwiek w ostatnich czasach bardzo wiele spraw, dotyczących patologji i terapji kiły, zostało wyjaśnionych. Ostatnie badania Lomholza nad wessaniem się i wydzielaniem rtęci potwierdziły skuteczne działanie rtęci w postaci wcierań i wstrzykiwań śródmiąższowych. Inne metody stosowania rtęci są niedostateczne. Chemoterapja kiły również postąpiła naprzód dzięki pracom Kollego i jego uczniów, którzy wyprodukowali nowe przetwory arsenobenzolowe. Francuzi, zdobywszy w czasie wojny tajemnicę wyrobu arsenobenzolu, wytworzyli również cały szereg przetworów. Według Kollego, jego przetwory mają wyższość nad innymi z powodu wyższego indeksu chemoterapeutycznego, a mniejszej toksyczności. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne wykazały, że obawy toksycznego działania arsenobenzolu były przesadzone. Wiele zjawisk, jak neurotropizm, były tylko odczynem silniejszym swoistej sprawy chorobowej wskutek wprowadzenia do ustroju arsenobenzolu. Typem działania toksycznego salwarsanu na ustrój byłoby tylko zapalenie skóry (dermatitis), występujące nieraz w bardzo ciężkiej postaci. Zbiór objawów nazwanych przez Francuzów »crises nitroides«, powstaje wskutek indywidualnych ustrojowych danych leczonego osobnika. Zapatrywania nasze na mechaniczne działanie rtęci uległy również zmianie. Na podstawie rozległych prac i badań przekonano się, że rtęć niema działania zabijającego krętki blade, ale wywiera tylko swoisty wpływ na naciek kiłowy i czynności obronne ustroju; krętkobójcze działanie zaś przypisać musimy arsenobenzolowi. Ogół lekarzy przyjmuje dziś leczenie salwarsanem i rtęcią. Ze względu na korzystne warunki w pierwszych okresach kiły i możność zupełnego wyjałowienia ustroju należy rozpoczynać leczenie jaknajprędzej, a prowadzić je aż do ujemnego odczynu Wassermanna. W razie pojawienia się serologicznego nawrotu, należy leczenie powtórzyć. Kiła późna układu nerwowego ośrodkowego nie da e dobrych wyników leczenia, dlatego próbowano różnych metod i kombinacyj, jak śródlędźwiowo, domózgowo i nadoponowo. Sprawa zupełnego wyleczenia kiły nie da się obecnie jeszcze z wszelką pewnością określić. Zapatrywania na okres czasu, jaki powinienby upłynąć od ostatniego leczenia, względnie nawrotu, są rozmaite.

W dyskusji: 1) Kol. Eisenberg, zwracając uwagę na toksyczność środków przeciwkiłowych, stwierdza, że każde ciało, działające leczniczo, musi być toksycznem, lecz w pewnych tylko granicach. Sztuką jest więc znaleźć granicę między dawką leczniczą, a zabójczą. W toksyczności salwarsanu dużą rolę odgrywać musi indywidualna odporność ustroju. Nawet ci autorzy, którzy są za ograniczeniem stosowania salwarsanu, jako środka zabójczego dla ustroju, przyznają mu działanie mechaniczne; możliwem jest, że środki te w pewnych dawkach działać mogą stymulująco. Eisenberg wyraża wątpliwość, czy salwarsan działa krętkobójczo, jakkolwiek in vitro działanie to daje się stwierdzić. I w ustroju żywym (na wrzodach) można wprawdzie stwierdzić obumieranie krętków, lecz to nie jest jeszcze dowodem działania salwarsanu, bo przecież i bez leczenia krętki mogą znikać. Na podział kiły według Wassermanna na 2 okresy biologiczne Eisenberg nie zgadza się, bo podział ten nie jest ścisły. Co do samego odczynu Wassermanna, to musi przestrzedz przed zbytecznym entuzyazmem. Wiemy, że każdy dodatni wynik będzie wskazaniem leczenia, ujemny jednak nie może być przeciwwskazaniem, jeżeli są jakie kliniczne objawy. Wogóle odczyn Wassermanna powinien być objawem odczynu organizmu na chorobę, a nie rozpoznaniem samej choroby.

2) Kol. prof. Krzyształowicz zaznacza, że nigdy nie można przewidzieć, jaki będzie przebieg leczenia przeciwkiłowego; indywidualność ustroju w oddziaływaniu na leczenie odgrywa jedną z najważniejszych ról. Czy leczona kiła ojca ma wpływ na potomstwo, trudno odpowiedzieć. W każdym razie ojciec z leczoną kiłą może, nie zarażając matki, udzielić coś z choroby swojej dziecku, coś, co dziecko dziedziczy w postaci zmian konstytucjonalnych.

3) Kol. Zieliński stwierdza na własnych przypadkach, że mieszane leczenie daje dobre wyniki w przełomach żołądkowych wiądowych.

4) Kol. Blassberg podnosi, że Ehrlichowska »therapia sterilisans magna« zasadza się na tem, aby odrazu, lecz nie ograniczając się tylko do okresów wstępnych zakażenia kiłowego, możliwie wysoką dawką wygubić pasorzyty i wyjałowić ustrój.

Ehrlich stwierdził możliwość wytworzenia się odporności pewnych szczepów mikrobowych wobec salwarsanu, lub przystosowanie się do tego środka i dlatego radził stosować chemoterapję skombinowaną przez połączenie różnych leków. Niebezpieczeństwo ubocznego szkodliwego działania salwarsanu porównuje Ehrlich z działaniem narkozy w chirurgji, która także mieści w sobie pewien procent niebezpieczeństwa. W sprawie dziedziczenia przypomina Blassberg opinję poważnych badaczy, między innymi Ortha, który przeczy istnieniu kiły dziedzicznej, dopuszczając tylko pojęcie wrodzonej.

5) Prof. Rosner zaznacza, że za mało zwrócono uwagi na zagadnienia związane z dziedziczeniem kiły. Konstytucja jest to sprawa, którą się dziedziczy, nie można więc mówić, że ojciec przebył kiłę, a dziecko dziedziczy skazę, lub coś podobnego, bo w takim razie ojciec musiałby tę skazę już odziedziczyć, wnuk także musiałby być nią obarczony i t. d. Jeżeli zaś nie ma dalszego dziedziczenia, niema i konstytucji. Musi się ściśle oddzielić te cechy, które płód nabył w łonie matki, od tych, które już w genach były zaznaczone. Konstytucja jest zbiorem cech, które są odziedziczone i równocześnie się dziedziczą.

6) Kol. Eisenberg oddziela pojęcie konstytucji w tem znaczeniu bardzo ścisłem, jak ją przedstawił prof. Rosner, od pojęcia szerszego, które ma dawać w ręce lekarza możność rokowania. O tem drugiem pojęciu myślał Brugsch w swojej »Allgemeine Prognostik« i tak — zdaje się — rozumiał swoje wywody prof. Krzyształowicz.

7) Kol. doc. Borowiecki stwierdza ciekawy szczegół z patologji kiły, iż wśród potomstwa paralityków najzdrowsze są dzieci, które przychodzą na świat w okresie wybuchu choroby.

8) Kol. Oszacki stoi na stanowisku prof. Rosnera co do pojęć o konstytucjonalności.

XVI Posiedzenie naukowe z dnia 28. IV. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 80 członków.

I. Kol. Rose przedstawia: 1) Przypadek stale się utrzymującej deviation conjugée, jako **następstwo przestrzału mózgu.** 26-letni inwalida J. L. doznał w marcu 1916 postrzału w głowę, przyczem kula przeszła na wylot przez okolicę potyliczną mózgu. Był przez 13 dni nieprzytomny. Od czasu zranienia skarży się na zawroty głowy, upośledzenie wzroku i złą oryentację w przestrzeni. Przedmiotowo stwierdza się obie gałki oczne w stałej silnej abdukcji w prawo. Chory nie może w tej ekscentrycznej abdukcji odprowadzić gałek ocznych; ruch gałek ku górze i dołowi zachowany. Przy płukaniu ucha lewego zimną wodą po kilku sekundach wybitne drżenie oczu poziome i rotacyjne w prawo. Przy płukaniu ucha prawego gałki oczne pozostają dalej w abdukcji w prawo i wykazują drżenie nieznacznego stopnia w lewo z przeważającym składnikiem rotacyjnym. Bardzo wybitne upośledzenie wzroku wskutek zwężenia pola widzenia obustronnie. Stałe zbaczanie gałek ocznych w jednym kierunku, utrzymujące się, jak w danym przypadku, kilka lat, jest niezwykłem zjawiskiem klinicznem. Wytłumaczyć je można zniszczeniem ośrodka dla położenia w lewo w części potylicznej prawej półkuli, wskutek czego nastąpiło porażenie mięśni odwodzących oczy w lewo z następowem przeciągnięciem ich w prawo. Czy w danym przypadku został zniszczony ośrodek dla patrzenia w bok, znajdujący się, wedle zdania pewnych autorów, w zakręcie kątowym, nie da się klinicznie rozstrzygnąć. W każdym razie przypadek ten potwierdza, że obok ośrodka czołowego, dla patrzenia w bok, niewątpliwie taki ośrodek znajduje się też w płacie potylicznym.

2) **Przypadek porażenia nerwów,** a mianowicie jednoczesnego obwodowego porażenia lewego nerwu okoruchowego, lewego nerwu Willizjusza i lewego nerwu językowego, tudzież ośrodkowego porażenia prawego nerwu twarzowego, skombinowany **z niemotą ruchową.** Porażenie obwodu powstało wskutek przestrzału czaszki po lewej stronie tuż poniżej oczodołu. Porażenie ośrodkowe prawego nerwu twarzowego, tudzież niemota ruchowa są niewątpliwie wywołane krwotokiem w lewej okolicy czołowej mózgu wskutek tego samego przestrzału.

3) Przypadek **ograniczonego zapalenia opon mózgowych** (meningitis serosa circumscripta) z całkowitem wyleczeniem.

II. Kol. doc. Kleczkowski: **Leczenie wiewióra oka barwikami anilinowymi.** (Rzecz przeznaczona do druku).

III. Kol. prof. Wachholz przedstawia drugą część swojej pracy: **Dzieje szpitali krakowskich.**

XVII. Posiedzenie naukowe z dnia 5. V. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 78 członków.

I. Kol. Prezes poświęca gorące wspomnienie pośmiertne ś. p. kol. Wespańskiemu; podnosi Jego zalety, jako obywatela, lekarza i kolegi. Obecni przez powstanie uczcili pamięć Zmarłego.

II. Kol. Glatzel przedstawia: a) Dwa przypadki t. zw. **choroby Recklinghausena,** wyrosłe do olbrzymich rozmiarów. b) **Myositis ossificans,** rozsiana po całem ciele u dziecka 5-letniego. c) Preparat macicy, wyjętej z powodu **raka trzonu macicy,** który przebił do jamy brzusznej i wywołał zapalenie otrzewnej.

W dyskusji 1) kol. Rychliński sądzi co do trzeciego przypadku, że był to ropniak macicy, który wskutek jakiegoś urazu pękł. — 2) Kol. prof. Rosner zapytuje o histologiczne zmiany w kostniejących mięśniach w myositis ossificans. — 3) Kol. Hładij przytacza podobny przypadek, jak kol. Glatzla, gdzie doszło do przedziurawienia przy nowotworze.

III. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek **choroby Quinckego** i przypadek **przewlekłego obrzęku powiek.** — W dyskusji nad tymi przypadkami zabierają głos kol. Borowiecki, Oszacki i prelegent.

IV. Dyskusja nad odczytem kol. Kleczkowskiego z dnia 28. kwietnia.

1) Kol. prof. Majewski stwierdza, że w kwaśnych barwikach anilinowych, a zwłaszcza w ich mieszankach, przedstawionych przez kol. Kleczkowskiego, zdobyliśmy poważną broń w leczeniu wiewióra oka; skrócenie okresu leczenia bez pozostawienia zmian w rogówce jest dużą zaletą tych przetworów wobec srebrowych. M. radzi próbować tych środków u noworodków.

2) Kol. Rychliński nie jest za stosowaniem barwików w ce-

łach zapobiegawczych u noworodków, ponieważ w protargolu zdobyliśmy znakomitą obronę przeciw śluzoropotokowi noworodków.

3) Kol. prof. Rosner radzi próbować przetworu, jako środka zapobiegawczego i jeżeli się okaże z jakiego bądź powodu odpowiedniejszym od protargolu, należy go stosować w klinikach i zakładach położniczych.

4) Kol. Rosenhauch przypomina o swojem spostrzeżeniu co do działania itrolu i stwierdza jego znakomite działanie nawet przy wiewiórze oka u dorosłych; należy tylko przepisywać przetwór chemicznie czysty. Niemniej jednak każdy nowy środek jest pożądany, o ile przyczynia się do skrócenia leczenia i wyleczenia, lecz barwiki, zdaniem Rosenhaucha, nie czynią tego przy wiewiórze oka u dorosłych.

5) Kol. prof. Lewkowicz zapytuje kol. Kleczkowskiego, czy stosował surowicę przeciwwiewiórową naspojówkowo?

6) Kol. Eisenberg zaznacza, że chemoterapja zyskuje w ostatnich latach coraz więcej zwolenników, znajdując zastosowanie przeważnie w postaci soli metali ciężkich (złoto, srebro, ołów, arsen, rtęć) oraz barwików anilinowych w zakażeniach krwi pierwotniakami, bakterjami, oraz w niszczeniu nowotworów. Poważne znaczenie posiada chemoterapja w chirurgji ran zakażonych, w sprawach zapalnych spojówki, jam opłucnych, oddając na usługi środki takie, jak eukupina, sole srebrowe, oraz barwiki anilinowe. Te barwiki, już przed 30 laty używane w terapji, później zapomniane, obecnie znajdują zastosowanie w okulistyce, a w połączeniu z solami srebra spełniają podobną rolę w sprawach zakaźnych ogólnych, jak i barwiki t. zw. akrydynowe, podane przez Ehrlicha. Dodaje, że wszystkie te bakterje, które podlegają niszczącemu działaniu barwików anilinowych, są gramo-dodatnie.

7) Kol. doc. Kleczkowski odpowiada na zadane pytania i wyjaśnia niejasne kwestje.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Rok 1919.

W roku 1919 wygłoszono następujące odczyty i referaty: 1. Kol. Grosglik: Obecny stan leczenia kiły. — 2. Kol. Mikulski: Homoseksualizm pod względem lekarskim i prawnym. — 3. Kol. Sew. Sterling: Hematologiczne znaczenie eozynofilji w rozmaitych chorobach. — 4. Kol. Wład. Janowski: Przyczyny powstawania rozmaitych zaburzeń serca. — 5. Kol. Seweryn Sterling: T. Chałubiński, J. Baranowski i szkoła warszawska. — 6. Kol. Tubiasz: Wykonawstwo sądowo-lekarskie u nas. — 7. Kol. Venulet: O uproszczonej serodjagnostyce kiły. — 8. Kol. Sew. Sterling: Guzy śródpiersia. — 9. Kol. Sametówna: Przyczynek do patologji i terapji zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych u dzieci. — 10. Kol. Venulet: Przypadek cholery u nas. — 11. Kol. Mogilnicki: Angina Vincenti. — 12. Siwiński: O pomiarach płynu mózgowo-rdzeniowego u epileptyków. — 13. Kol. Fiszer: Przypad k miesiączki zastępczej. — 14. Kol. Maybaum: Choroby przewodu pokarmowego podczas wojny. — 15. Kol. Mulierówna: Leczenie światłem kwarcowem gruźlicy płuc u dzieci.— 16. Kol. Sew. Sterling: Wspomnienie pośmiertne po zmarłym członku Towarzystwa lekarskiego Lasocie-Lewinsonie. — 17. Kol. Sew. Sterling i 18. Kol. Tomaszewski: Wspomnienie pośmiertne po zmarłym prezesie Tow. lekarskiego, Alfr. Kruschem. — 19. Tomaszewski i 20. Kol. Maybaum: Sprawozdanie ze zjazdu Stowarzyszeń lekarskich w Warszawie. — 21. Kol. Sew. Sterling: Sprawozdanie z posiedzeń Komitetu Stowarzyszeń lekarskich. — Demonstrowano chorych dwudziestu trzech.

Wiadomości bieżące.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Lekarz wojskowy* Nr 26—28.: Alkiewicz: Lampa rtęciowa. — Szyman: W sprawie rozpoznawania duru plamistego.— Białokur: Objawy Basedowa a zakażenie gruźlicze. — Skórczewski: Ciała promieniotwórcze a lampa Roentgena. — Owczarewicz: O zastosowaniu surowicy krwi żaby jako dopełniacza przy odczynie Wassermanna. — Kelles-Krauz: Rok pracy w szpitalu wojskowym. — *Zdrowie* Z. 2: Zadębowski: Uregulowanie rozrodczości jako zagadnienie hygieny rasy (c. d.). — Polak: Szkice z podróży w sprawach zdrowia. — *Walka z alkoholizmem* Rok III. Nr 1. Czasopismo to, przeznaczone dla obznajomienia kół inteligentnych ze stanem sprawy i dla publikacji badań naukowych z tego zakresu, wydawał przed wojną w Krakowie p. Jan Szymański, niezmordowany przodownik w walce z alkoholizmem w Polsce. Obecnie wznowił p. Szymański w Warszawie swoje wydawnictwo, zasługujące na jak najszersze rozpowszechnienie w pierwszym rzędzie wśród i przez lekarzy. W Nr 1. Roczn. III. znajdują się następujące oryginalne rozprawy: Dr Bielińskiego: »Z powodu 100-nej rocznicy ukazania się dzieła o pijaństwie Dr Szymkiewicza«, ks. Niesiołowskiego: »Kościół katolicki w walce z alkoholizmem«, prokur. Glassa: »Stany Zjednoczone, jako wszechświatowy czynnik w walce z alkoholizmem« i Dr W. Sterlinga: »O nagłej utracie wzroku po zatruciu alkoholem denaturowanym«, nadto liczne sprawozdania.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 12. Rok LIX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28 Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce Mkp. 5·—, w nadesłanem Mkp. 7·—, w tekscie Mkp. 9·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 60·—.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 5·—.

W sprawie powstawania i usadowienia mięśniaków macicy

podał **prof. Browicz.**

W numerze 6 »Przeglądu lekarskiego« z bieżącego roku pomieścił prof. Rosner rzecz o mięśniakach macicy i ich usadowieniu w świetle nauki o konstytucji narządów płciowych kobiecych i nasuwa ku końcowi pytanie na podstawie swojej statystyki »dlaczego niedomoga konstytucjonalna ma ułatwiać rozwój guzów podsurowiczych a nieomal wykluczać istnienie guzów podśluzowych«. Powiada autor dalej: »Odrazu stwierdzić muszę, że nie jestem w stanie odpowiedzieć na tak postawione pytanie. Ciemną jest etiologja i histogeneza mięśniaków i ciemną jest istota tego lub innego stanu konstytucyjnego, jakżeż więc mógłby być jasnym wpływ tego stanu na rozwój mięśniaków? Nawet dla hipotez pole nie jest otwarte. Ze spostrzeżeń nad częstością rozwoju mięśniaków u kobiet różnych grup konstytucyjnych wynika tylko jedno: oto da się stwierdzić ponad wątpliwość, że konstytucja narządów płciowych odgrywa tu ważną rolę, i to nietylko w rozwoju mięśniaków wogóle, ale i w ich usadowieniu. To ostatnie spostrzeżenie zachęca do podjęcia porównawczych badań nad budową i unaczynieniem warstwy podśluzowej i podsurowiczej mięśnia macicznego u kobiet o prawidłowej i uchylonej ku minus konstytucji narządów płciowych«.

Przytoczyłem dosłownie ustęp powyższy, wykazujący, jaką wagę przypisuje autor typom konstytucjonalnym, przezeń odróżnianym, pod względem wpływu na powstawanie i usadawianie się mięśniaków.

Na czem może polegać konstytucjonalizm organizmu? Podstawa konstytucjonalizmu, wrodzonych indywidualnych właściwości wyróżniających organizmy, podstawa różnego oddziaływania indywidualnego na wpływy zewnętrzne czy nawet wewnętrzne o d n o ś n i e do r ó ż n o r a k i c h k a t e g o r y j k o m ó r e k i systemów tkankowych, wchodzących w skład organizmu, polegać może chyba tylko na różnicach w budowie chemicznej i morfologicznej miąższu komórki i stąd także wynikających różnicach indywidualnych co do wzajemnej zależności chemicznej i nerwowej[1]) tkanek i narządów organizmu. Brak czy niedostatek lub też może nawet nadmiar w miąższu komórki czy to pewnych cząstek składowych chemicznych czy też także morfologicznych, zapoczątkowany czy to w czasie zapłodnienia — a więc znamię odziedziczone —, czy też w bardzo wczesnym, okresie rozwoju w czasie wyróżniania się różnorakich komórek i systemów tkankowych — a więc znamię wrodzone —, tłómaczyćby mógł to różne oddziaływanie komórek na wpływy, czyto na nie bezpośrednio działające, czy też wynikające z wadliwych wpływów wewnętrznych, jako następstwa naruszonej normalnej wzajemnej zależności narządów organizmu.

Od jakości, energji, czasu działania wpływu działającego zależeć będzie stopień oddziaływania komórek czy systemów tkankowych, narządów.

Wiadomo, jak bardzo różnią się różnorakie komórki pod względem mnożności w normalnym organizmie, jeżeli taki typ anatomiczno-fizjologicznej doskonałości wogóle istnieje, tak iż można ułożyć komórki w skalę, na której szczycie jako niemnożne, nieodnowne znajdują się komórki zwojowe, nerwowe, a na najniższym szczeblu komórki tkanki łącznej, jako najłatwiej mnożne, najmniej nadwerężne, najmniej wybredne, łatające wszelkie szczerby, luki powstałe w tkankach. Ale również wiadomo, że takie same komórki nie w każdym organiźmie równie są mnożne, że istnieją, pomijając wpływ wieku organizmu, indywidualne różnice w mnożności, stąd n. p. nierównie łatwa, nierównie rychła gojność ran, złamań, stąd n. p. nierówność owłosienia; a przykładów indywidualnych różnic mnożności różnych komórek dałoby się więcej przytoczyć.

Właściwości indywidualne odnosić się mogą do pewnego gatunku komórek, ich sprawności, wątłości czy mnożności, do pewnych systemów tkankowych n. p. do układu krwionośnego, lub ich części. (N. p. tętniczak kędzierzasty, znany jako aneurysma cirsoides. Okaz typowy takiego tętniczaka, usadowionego w kończynie górnej, znajduje się w krakowskiem muzeum anatomiczno-patologicznem. Znam z własnego doświadczenia przypadek stwierdzony sekcją, że żyły po stronie prawej tułowia były znacznie więcej rozwinięte, obszerniejsze, aniżeli po stronie przeciwnej).

Właściwości indywidualne obejmować mogą cały organizm (olbrzymiość, karłowatość, dziecięcość organizmu) lub części jego (wzrost olbrzymi jednej tylko kończyny), polegać mogą na różnego stopnia rozwoju pewnych tkanek, jak to n. p. spotykamy w wyrostku robakowatym, w którym część mięsna czy limfatyczna przedstawiać może już nawet makroskopowe różnice. Podobnie rzecz się ma w jajowodzie, w którym tak część mięsna jakoteż fałdzistość śluzówki bywa różnostopniowa. Stąd między innemi powodami wpływ takiego stanu konstytucjonalnego na powstawanie zapalenia wyrostka jakoteż na powstawanie ciąży jajowodowej.

We wzajemnym stosunku części składowych jakiejś tkanki istnieć mogą jako stan wrodzony różnice, nawet znaczne, na korzyść albo na szkodę jednej lub drugiej cześci składowej tkanki czy narządu, jak n. p. w macicy, w której część mięsna może być mniej obficie rozwinięta, a tkanka łączna obfitsza, co znowu n. p. na stan macicy ciężarnej jakoteż czynność porodową wywierać musi wpływ ujemny.

W obręb indywidualnych właściwości stanu konstytucjonalnego organizmu zalicza się słusznie wadliwości rozwojowe, polegające na niedoroście (hypoplasia) narządów poszczególnych, prawidłowo zresztą zbudowanych, lecz za małych w porównaniu do innych narządów i całego danego organizmu, n. p. niedokształt (hypoplasia) serca, układu tętniczego, macicy.

Wadliwość rozwojowa, polegająca na pewnym nieładzie w składzie tkanki czy narządu, na istnieniu cząstek tkanki odprysłych, zbłąkanych w obszar obcy, n. p. cząstki nadnercza w obszar podtorebkowy czy części korowej nerki, przytarczyc w obręb tarczycy, jak gruczoły trawienne w zakrtaniowej części przełyku, jak cząstki trzustki w ścianie żołądka lub jelita, ogniska chrząstki pozostałej w obrębie nasady kości długich, twory, które mogą być i bywają zawiązkiem nowotworowym, — to także jedna z własności indywidualnych wrodzonych.

Znane są wtręty nabłonkowe w mięśniu macicy, jako pochodzące z życia płodowego wskutek nieładów w rozwoju narządu moczowopłciowego. Wtręty te bywają materjałem nowotworowym, wchodzą nawet w skład t. zw. gruczolakomięśniaków.

Prócz takich wtrętów obcej tkanki, grup komórek obcych, zbłąkanych, spotykamy się z wtrętami jednakotkankowemi, z ogniskami mikroskopijnemi tkanek wchodzących w skład normalnego narządu, jak n. p. wtręty naczyniowe w miąższu wątroby, będące podstawą naczyniaków jamistych.

Odrębności, właściwości konstytucjonalne odnosić się mogą nie do jednego tylko narządu czy systemu tkankowego, ale w jednym i tym samym organizmie do więcej części organizmu, jak to spotykamy n. p. w organizmie kobiecym w postaci niedorostu serca, układu tętniczego, niedorostu, dziecięcości narządu rodnego, niedomogi szpiku kostnego jako narządu krwinkotwórczego, dającej się stwierdzić badaniem krwi, a bodaj, nie zawsze jednakże, do całego organizmu. Należą tu także pewne wady rozwojowe w postaci czyto nierozwitu (aplasia), braku wrodzonego pewnych narządów, jak n. p. tarczycy, śledziony, nerki, macicy, jajników, niedoliczbowości przytarczyc. Takie, dające się stwierdzić, odrębności konstytucjonalne mogą być tylko widomemi piętnami (stigmata) stanu konstytucjonalnego, dotykającego cały organizm.

Szkicowo poruszyłem szereg właściwości indywidualnych, polegających czyto na wadliwościach w budowie chemicznej, jakoteż morfologicznej miąższu komórki, — na razie tylko przypuszczanych, zanim dojdzie się kiedyś do dokładnej czy przynajmniej dokładniejszej znajomości komórki, dotąd zaledwie napoczętej —, wadliwościach, nieuchwytnych dla naszych dotychczasowych metod badawczych, czy też na wadliwościach, dających się stwierdzić anatomicznie, jakoteż mikroskopowo.

Zagadnienie co do istoty stanów konstytucjonalnych nie jest więc — takby z powyższych kilku szczegółów wynikało — tak zupełnie niewyjaśnione, a przynajmniej posiadamy już wskazówki potemu bardzo ważne. Nadto wynikałoby z powyżej przytoczonych szczegółów, że podstawa stanów konstytucjonalnych nie jest jednościowa.

Nie sądzę, by typy konstytucjonalne narządów płciowych, przez autora przytoczonej publikacji odróżniane i pojmowane tak, jak je autor przedstawia, odgrywały, nawet »p o n a d w ą t p l i w o ś ć«, tak decydującą rolę, i to nietylko w rozwoju mięśniaków wogóle, ale także w ich usadowieniu. Autor wprowadza typy konstytucjonalne przezeń odróżniane w związek z usadowieniem mięśniaków podsurowiczych i podśluzowych, a z czemże

[1]) Tak jak w okresie rozkwitu bakterjologji znaczenie wpływu organizmu co do nagabności przez mikroby chorobotwórcze zeszło na plan dalszy, a głos organizmu dopiero później znowu odzyskał uznanie, taksamo teraz wskutek coraz dokładniejszych, niewątpliwie ważnych wiadomości o doniosłem znaczeniu gruczołów dokrewnych, polegającem na chemicznej wzajemnej zależności narządów, wpływ i znaczenie układu nerwowego na rozwój i powstawanie różnych niesprawności poczęło tracić niesłusznie, na pewno znowu tylko czasowo, znaczenie dawniejsze.

są w związku mięśniaki śródścienne? Nie sądzę, by badanie porównawcze, proponowane przez autora, mogło wyjaśnić czy rozjaśnić zagadnienie co do powstawania i usadawiania się mięśniaków macicy.

Tak zwane mięśniaki podsurowicze nie powstają bowiem w obrębie warstwy podsurowiczej, tylko w zewnętrznej powierzchownej warstwie mięśnia macicy, skąd wzrastając wysuwają się w kierunku najmniejszego oporu ku powierzchni macicy, a wreszcie zyskać mogą nawet charakter tworów szypułowych, tylko naczyniami krwionośnemi z mięśniem macicy pozostających w związku. Podobnie rzecz się ma z mięśniakami podśluzowemi, które powstają w wewnętrznej powierzchownej warstwie mięśnia macicy i wzrastają ku śluzówce macicznej, w ścisłym związku z mięśniem macicy będącej, brak tu bowiem warstwy podśluzowej, zatoki gruczołowe sięgają nawet w obręb mięśnia macicy nieściśle od śluzówki odgraniczonego, granica bywa nawet zygzakowata. Wtręty te gruczołowe bywają nawet zawiązkami nowotworowemi.

W kwestji powstawania i usadawiania się mięśniaków należy zwrócić, zdaje mi się, uwagę na stosunek guzów mięśniakowych do otaczającego mięśnia macicy. Mięśniaki to guzy kuliste, dokładnie, ściśle odgraniczone od otaczającego mięśnia macicy, rozrzucone w różnych warstwach mięśnia macicy, jako mięśniaki podsurowicze, śródścienne i podśluzowe, a co nadto bardzo ważne, zazwyczaj w luźnym związku z otaczającym mięśniem, w związku tak luźnym, iż dają się często bardzo łatwo wyłuszczać. Podobnie rzecz się ma z gruczolakami w tarczycy. Ścisłe odgraniczenie, kształt ich, bo postać więcej niejako rozlana zdarza się bardzo rzadko, luźny związek mięśniaków z otoczeniem, wyłuszczalność ich, rozsianie mnogie w mięśniu macicy nasuwa myśl, czy podobnie jak wtręty jednakotkankowe w miąższu wątroby bywają podstawą naczyniaków jamistych, — podobnie tłómaczono także powstawanie włókniaczków, jakie w części rdzeniowej nerki niekiedy powstają —, także i wtręty mięsne w postaci ognisk mikroskopijnych nie są podstawą tych ściśle odgraniczonych, wyłuszczalnych, a nierzadko nawet mnogich mięśniaków, niekiedy w jednej i tejsamej macicy tak podsurowiczych, śródściennych, jakoteż podśluzowych. Poszukiwanie takich przypuszczonych wtrętów byłoby wprawdzie nader żmudne, wymagające przeszukiwania mikroskopem skrupulatnie skrawków podłużnych przez całą długość macicy uskuteczniamych, niejako warstwa za warstwą przy użyciu stolika saneczkowego. Metoda badania, dużo czasu zajmująca, ale opłacająca się w pewnych badaniach i zagadnieniach. Przy zwykłem przeszukiwaniu preparatu mikroskopowego niejeden szczegół uchodzi uwagi albo przypadkowo bywa dostrzegany. Niekiedy przypadek przychodzi w pomoc i nasuwa w toku badania w innym celu przedsiębranego obraz, wyróżniający się czemkolwiek od otoczenia jego[1]). Czem takie wtręty różnićby się mogły od reszty mięśnia, czy odmiennem ugrupowaniem komórek mięsnych, niejako wirów, czy wielkością, kształtem, strukturą tychże, niepodobna przesądzać. Należałoby do poszukiwań tych wyzyskać materjał ze zwłok, macice, w których tkwią drobne, jak najdrobniejsze makroskopowe mięśniaczki (bo większe guzy działają rozpychająco na otaczający mięsień macicy i naruszają układ włókien), macice, w których istnieje już ślad nowotworzenia, a nierzadko pojawiają się mięśniaki mnogie i w których łatwiej przy przeszukiwaniu mikroskopem natrafićby można na owe przypuszczone zawiązki nowotworowe, a zdaje mi się, jest to bardzo a bardzo prawdopodobne. Dodatni wynik takich poszukiwań miałby podwójne znaczenie, raz wyjaśnienie powstawania i usadawiania się mięśniaków macicy, po drugie rzuciłoby to dalsze światło na powstawanie przynajmniej niektórych nowotworów w ogólności.

Tak pojmowane powstawanie mięśniaków, wyjaśniające także różne ich usadowienie, na tle komórek czy grup komórkowych, czy cząstek tkanek konstytucjonalnie różnych od innych tegoż samego gatunku w tym samym narządzie, opiera się na przyjęciu istnienia wrodzonych niejako zawiązków nowotworowych wśród tkanek.

Pojmowałem (Pamiętnik XI. Zjazdu chirurgów polskich r. 1902 str. 29) i pojmuję podstawę nowotworową wogóle jako opartą na istnieniu z czasów rozwoju płodowego czyto zawiązków nowotworowych, jako mikroskopijnych ognisk komórek, czy też odrębnych właściwości pewnych komórek, systemów tkankowych. Pojawianie się różnych nowotworów w jednym

[1]) W toku badania mikroskopowego zmian w nerkach spotyka się niekiedy obrazy rozkrzewiających się zatokowato cewek, obrazy nasuwające myśl, czy nie są to takie wtręty wrodzone, ktoreby w takiej nerce mogły być podstawą nowotworu.

i tymsamym narządzie lub też różnych odmian tegosamego nowotworu w jednym i tymsamym organizmie przemawia także za tem, iż w pewnych właściwościach komórek, grup, ognisk komórkowych tkwić może podstawa nowotworów, »właściwa tylko pewnym organizmom«, niejako fatum organizmowe. W przeciwnym razie wobec częstości, codzienności działania różnorodnych czynników, wpływów zewnętrznych, byłyby nowotwory zjawiskiem powszedniem, a tak przecież nie jest. (Pamiętnik Zjazdu str. 29).

Rozwój nowotworowy takich zawiązków wrodzonych dziać się może bezwarunkowo tylko pod wpływem czynników różnorodnych, — bo nie jednakiego rodzaju bywają te wpływy, jak poucza doświadczenie, kazuistyka[1]) —, stanowiących niejako podniety, wyzwalające twórczość tkwiącą już w komórkach, a nie mogące jej nadać, mogące chyba tylko potęgować twórczość wskutek dalszych zmian w strukturze chemicznej czy morfologicznej miąższu komórek, a na tem chyba tylko, jak to na początku uwag tych nadmieniłem, polegać może konstytucjonalna właściwość komórek.

Odmienne własności także czynnościowe komórek nowotworowych, przeinaczenie komórek, nie wszystkich jednakże nowotworów, n. p. rakowych, zaopatrzonych nawet w pewien zmysł organizacyjny[1]) — komórka rakowa kieruje niejako organizacją tkanki rakowej w ognisku przerzutowem —, przemawiają również za istnieniem w pewnych organizmach takich mikroskopijnych zawiązków nowotworowych czy grup komórkowych o pewnych właściwościach, czy też za istnieniem odrębnych właściwości pewnego gatunku komórek lub systemów tkankowych, które dopiero przy zbiegu odpowiednich warunków rozwijać się mogą, a które w braku warunków wyzwalających, utajone, trwać mogą bez szkody przez całe życie organizmu.

Cohnheim oparł teorję swoją nowotworową na stwierdzonych, w wielu częściach organizmu spotykanych ogniskach komórkowych, tkanek zbłąkanych, z czasu rozwoju płodowego pochodzących, które stać się mogą i rzeczywiście bywają materjałem nowotworowym. Pogląd, którego jestem wyznawcą, przypisuje dodatkowo jeszcze komórkom, takie zbłąkane ogniska składającym, ale także komórkom wchodzącym w skład systemów tkankowych, a będącym później materjałem nowotworowym, pewne odrębne właściwości, czyniące je nietylko zdolnemi do mnożenia się ponad miarę fizjologiczną, ale wyróżniające je także czynnościowo, — to właśnie nadaje istotny charakter nowotworom, wprawdzie nie wszystkim, przedewszystkiem rakom, — od komórek wchodzących w skład normalnego organizmu wykształconego czy płodowego.

Ta przypuszczana tylko, bo nieudowodniona jeszcze podstawa powstawania i usadawiania się mięśniaków, także śródścienne, znajdowałaby się także w obrębie konstytucjonalnego stanu organizmu czy narządu, stanu nie będącego jednak w związku z konstytucją narządów płciowych przez autora przytoczonej publikacji przedstawioną.

Czy nie za szczupły materjał statystyczny, — statystyka to obosieczny argument —, na jakim oparł autor wnioski co do powstawania mięśniaków i ich usadawiania się, oparte zresztą o interesującą i ważne ogólne zagadnienie, jakkolwiek bardzo dawne, podnoszącą pracę: »Studja nad konstytucją narządów płciowych kobiecych«.

Wysoko dawniej ceniony głos organizmu, uwidoczniony także w pojęciu vis medicatricis naturae, odzyskuje teraz znowu coraz więcej wartości i znaczenia.

Sierpień 1920.

[1]) Doświadczalne zjawisko sztucznego dzieworództwa świadczy o możliwości pobudzania komórki do mnożenia się różnymi czynnikami fizykochemicznemi.

[1]) Na Zjeździe chirurgów polskich w r. 1902 wypowiedziałem następujące zdanie:

»Rozsadnikami raka są komórki nabłonkowe przeniesione drogami limfatycznemi, krwionośnemi, wciskające się w otaczającą tkankę. Mamy więc zjawisko przeszczepienia komórek jako takich, nadających charakter histologiczny tkance nowotworowej, zjawisko przeszczepienia się komórek, w których tkwi pewien plan organizacyjny, bo w tem miejscu tworzy się tkanka o pewnem stałem grupowaniu się rozmnażających się komórek nabłonkowych w stosunku do siebie samych, jakoteż do rozwijających się naczyń i tkanki łącznej«.

Rany postrzałowe klatki piersiowej i gruźlica płuc

podał

Dr Karol Rozenfeld (Częstochowa).

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem Częstochowskiem w d. 18. IX. 1920).

Związek etjologiczny między urazem klatki piersiowej i gruźlicą płuc należy do tych zagadnień naukowych, które wymagają rozwiązania nietylko ze względów teoretycznych, ale i praktycznych sądowolekarskich. Chociaż zagadnienie to oddawna budziło zainteresowanie lekarzy i było przedmiotem licznych prac i badań w ubiegłem stuleciu, nie zostało jednak rozstrzygnięte w ostateczny sposób. Dawna teorja, która przypisywała urazowi tak ważną rolę w powstawaniu gruźlicy i przekazała nam w spuściźnie nieścisłe pojęcie gruźlicy płucnej urazowej, nie przestaje do dziś dnia oddziaływać na poglądy niektórych autorów. Zupełnie słusznie nawołuje Sokołowski [1]) do krytycznego traktowania różnych ogłaszanych od czasu do czasu w piśmiennictwie spostrzeżeń. Po rozpatrzeniu materjału kazuistycznego, zebranego w monografji Sterna, oraz na podstawie własnego doświadczenia, zaprzecza Sokołowski istnienia ściślejszego związku etjologicznego między urazem i powstałą w następstwie gruźlicą. Jego zdaniem, może być mowa tylko o związku warunkowym w przypadkach wyjątkowych, w których uprzednie cierpienie gruźlicze da się napewno wyłączyć. Opinji tej nie podziela wielu autorów niemieckich. Kuthy i Wolff-Eisner [2]) dowodzą, że znaczenia urazu w powstawaniu ostrej i przewlekłej gruźlicy płuc nie należy bynajmniej lekceważyć. Uraz może nietylko wyzwalać laseczniki, drzemiące w starych i zagojonych ogniskach gruźliczych, ale przez naruszenie całości płuca stwarza glebę podatną dla ich dalszego rozwoju. W ten sposób gruźlica skryta, nieczynna, staje się otwartą i czynną. Wzmianki analogicznej treści znajdujemy w pracach Tendeloo, Webera, Granchera i Barbiera, Erni, Neissego i innych. Widzimy zatem, że znaczenie urazu w powstawaniu gruźlicy płucnej oceniane jest niejednakowo przez różnych autorów i że kwestja ta wymaga dalszych poszukiwań. Do tego celu nadaje się doskonale olbrzymi materjał urazowy, dostarczony przez wojnę światową. Rozmaite stłuczenia klatki piersiowej, zgniecenia, rany postrzałowe przeszywające, rany częściowe, powikłane uszkodzeniem kośćca lub obcemi ciałami w miąższu płucnym, — wszystko to, jako przedmiot częstej obserwacji lekarskiej, mogłoby stanowić wdzięczne pole do badania stosunku między urazem i gruźlicą płuc.

W czasie czteroletniego pobytu w Rosji, pracując stale w lazaretach ziemskich, spostrzegałem kilkadziesiąt przypadków ran postrzałowych, przeszywających na wylot klatkę piersiową i płuca. Z powodu braku historji chorób, a zwłaszcza notatek, dotyczących świeżych ran postrzałowych, spostrzeganych w 1915 roku w Baranowiczach, nie mogę odpowiednio wyzyskać mojego materjału i opisać szczegółowo klinicznego przebiegu cierpienia, jego najczęstszych powikłań i następstw. Zakreślając sobie w pracy niniejszej znacznie węższe ramy, będę korzystać tylko ze spostrzeżeń zebranych w 1916/17 r. w Tambowie i, pominąwszy szczegóły, poprzestanę na ogólnej i możliwie krótkiej charakterystyce chorych. Ogólna liczba przypadków — 40. Czas obserwacji od 2 miesięcy do $1^1/_2$ roku od daty wypadku. 23 chorych wstąpiło do lazaretu w 2 miesiące po otrzymaniu rany, 12 chorych — po 6 miesiącach, a 5 po roku. W 13 przypadkach stwierdzono choroby, nie mające żadnego związku z raną postrzałową (cierpienia żołądkowe, kiszkowe, nerwowe i t. p.). Większość chorych ze świeżemi ranami postrzałowemi po kilkutygodniowym pobycie w lazarecie i zbadaniu przez komisję lekarską wysyłano na 3 miesiące do domu. Po skończonym urlopie, mniej więcej po 6—10 miesiącach od daty wypadku, niektórzy zgłaszali się do lazaretu powtórnie i byli ponownie badani. Celem ułatwienia sobie charakterystyki rannych, podzielę ich na 2 kategorje. Do pierwszej zaliczam przypadki, w których rana płucna goiła się szybko bez powikłań, do drugiej -- przypadki powikłane zakażeniem i wtórnem schorzeniem płuca i opłucnej.

W olbrzymiej większości przypadków przebieg ran przeszywających płuca był zdumiewająco pomyślny (34 przyp. = 85%). U wielu chorych już po 2 miesiącach badanie fizyczne płuc dawało wyniki ujemne. Czasami jedyną pozostałością rany postrzałowej w tym okresie czasu była mniejsza ruchomość odpowiedniej strony klatki piersiowej i osłabienie oddechu. Niektórzy wyglądają dobrze i uważają się za zupełnie zdrowych, inni skarżą się na bóle w okolicy rany, męczenie się przy ruchu i większym wysiłku fizycznym, dość często na kaszel. W kilku przypadkach spostrzegałem nieżyt oskrzeli ze świstami, kaszlem i skąpą plwociną śluzową. Znacznie częściej po 2 miesiącach znajdujemy resztki po przebytem cierpieniu opłucnej: przytłumienie różnego stopnia w dolnej części klatki piersiowej po stronie rany, zmniejszenie drżenia głosowego, osłabienie oddechu, szmer tarcia, czasem drobne rzężenia. Objawy te są następstwem wylewu krwi do jamy opłucnej, co zdarza się średnio w 70% przypadków. Jeżeli wylew krwawy śródopłucny (haemothorax) nie ulegnie zropieniu, występuje słaby odczyn zapalny ze strony opłucnej i krew ulega wessaniu. Szybkość, z jaką następuje powrót do stanu prawidłowego, zależy od wielkości krwotoku i od stopnia odczynu. Nieraz dosyć znaczne stłumienia, sięgające powyżej kąta łopatki, po 4—8 tygodniach zupełnie znikały.

W przypadkach ran postrzałowych niepowikłanych, zaliczonych do kategorji pierwszej, ani razu nie stwierdziłem objawów, któreby mogły budzić przypuszczenie rozwoju gruźlicy płucnej w następstwie otrzymanej rany. A jednak wśród tego zespołu rannych byli niewątpliwie tacy, którzy mieli stare i zagojone ogniska gruźlicze i u których rana płucna mogła była łatwo wywołać wybuch ostrej gruźlicy lub przynajmniej pogorszenie sprawy. W jednym przypadku u 30-letniego żołnierza, pochodzącego z rodziny gruźliczej i od lat kilku skłonnego do kaszlu, obok rany przeszywającej na wylot dolną część prawego płuca była stara włóknista zmiana szczytu po tejsamej stronie. Szczyt był zapadnięty; wyraźne stłumienie nad grzebieniem łopatki, nad i pod obojczykiem do 2. żebra, wdech szorstki z wydłużonym chuchającym wydechem, bez rzężeń. Kilkakrotne badanie plwociny nie wykryło laseczników gruźliczych. Stan ogólny i podmiotowy rannego w ciągu 9 miesięcy od daty wypadku był najzupełniej dobry. Później straciłem go z oczu. W drugim przypadku żołnierz, l. 25, obciążony dziedzicznie i dotknięty gruźlicą przewlekłą (przed 4 laty — krwotok płucny), miał lewe płuco przestrzelone na wylot. Wejście kuli — z przodu pod 3. żebrem, na wewnątrz od stawu barkowego, wyjście — obok dolnego kąta łopatki. Chory dostał się pod moją opiekę w 5. miesiącu po otrzymaniu rany. Ogólny stan dobry, ciepłota prawidłowa, tętno około 80. Kaszel średni, plwocina dość obfita śluzoworopna. Niema laseczników i włókien sprężystych. Odgłos opukowy nad lewym szczytem nieco krótszy i wyższy, wdech szorstki, wydech wydłużony, świsty. To samo na całej przestrzeni lewego płuca (emphys. et bronch. diff.). Z prawej strony wyraźne stłumienie w szczycie z przodu do 2. żebra, z tyłu prawie do $^1/_3$ łopatki. Oddech zwłaszcza pod obojczykiem o charakterze oskrzelowym, po kaszlu nieliczne drobne rzężenia wilgotne. Niżej — świsty, pod łopatką pojedyncze rzężenia. Chorego miałem sposobność zbadać ponownie po upływie 4 miesięcy. Utył, stan ogólny i podmiotowy b. dobry, kaszel mały, świsty zginęły, w plwocinie niema laseczników, w szczytach objawy opukowe i osłuchowe bez zmiany.

Współistnienie w tych przypadkach rany postrzałowej płuca z gruźlicą przewlekłą nieczynną zasługuje na szczególną uwagę. Nie ulega bowiem wątpliwości, że opisane zmiany szczytowe są pochodzenia gruźliczego, że istnieć musiały już dawniej, przed otrzymaniem rany i nie są jej następstwem. Spostrzeżenia te zdają się dowodzić, że nietylko u ludzi zdrowych, ale i u niektórych osób, dotkniętych przewlekłą nieczynną gruźlicą, rany postrzałowe przeszywające goją się dobrze i zabliźniają w zupełności. Nie widzimy przysłowiowego uruchomienia laseczników, które w uszkodzonej części płuca miałyby obierać sobie nową siedzibę dla swego rozwoju. Z drugiej zaś strony dobry stan ogólny, brak gorączki, laseczników w plwocinie, niezmienność objawów fizycznych miejscowych — zdają się świadczyć, że i sprawa szczytowa, nawet po stronie rany, niekoniecznie musi ulegać pogorszeniu.

Oczywiście we wnioskowaniu z pojedynczych faktów nie możemy posuwać się zbyt daleko i tworzyć ogólnej teorji. Rozwój gruźlicy w następstwie rany postrzałowej płuca nie jest bynajmniej wyłączony, ale okoliczność ta już ze stanowiska dotychczasowych rozważań nie upoważnia do upatrywania w ranie postrzałowej bezpośredniej przyczyny gruźlicy. Wystąpienie gruźlicy dowodzi tylko, że osobnik ranny albo był poprzednio chory, albo że w przebiegu gojenia się rany zaszły jakieś szczególne okoliczności, które zmniejszyły zdolność obronną ustroju i przy usposobieniu do gruźlicy ułatwiły jej wybuch. Pomijając inne oddziaływania szkodliwe, wspomnę o możliwości zakażenia zewnętrznego wskutek obcowania rannych z suchotnikami na wspólnych salach szpitalnych.

Z ran postrzałowych powikłanych (6 przyp. = 15%) dla naszego zagadnienia ważne są następujące przypadki.

Przypadek I. J. P., lat 23, ojciec i wuj chorzy na gruźlicę. Od dzieciństwa wątły, zapadał na różne choroby. W 1912 r. długotrwałe zapalenie oskrzeli z gorączką, w 1913 r. — krwioplucie. 22. XI. 1915 — rana postrzałowa lewego płuca. Chorował bardzo ciężko przez kilka tygodni, podobno miał zapalenie płuc z wysoką gorączką. St. pr. 3. V. 1916. Odżywienie złe, bladość, ciepłota wieczorami do 38°, tętno 110. Wejście kuli pod lewym obojczykiem, wyjście — pod dolnym kątem łopatki. W lewym szczycie stłumienie z przodu do 2 żebra, z tyłu do grzebienia łopatki, wdech osłabiony nieokreślony, wydech wydłużony chuchający. Pod i nad obojczykiem drobne rzężenia wilgotne, dość liczne. W dolnej części płuca pod łopatką — odgłos opukowy przytłumiony, oddech osłabiony, drżenie głosowe osłabione, rzężenia. Nad prawym szczytem stłumienie mniej wyraźne, oddech szorstki, ślady rzężeń po kaszlu. Kaszel mocny, plwocina obfita, sporo laseczników gruźliczych. W lazarecie przez 3 dni krwioplucie. W tym przypadku rozwój gruźlicy w szczycie lewym jest zapewne dalszym ciągiem sprawy, która tliła się od szeregu lat i uległa pogorszeniu pod wpływem urazu. W dolnej części płuca w następstwie rany i przebytego zapalenia płuc rozwija się prawdopodobnie świeże ognisko gruźlicze.

Przypadek II jest tak podobny do pierwszego pod względem klinicznym, że szczegółowy opis byłby bezcelowy. Przestrzelony górny zraz prawego płuca. Po 6 miesiącach w szczycie prawym objawy rozwijającej się gruźlicy o charakterze podostrym. W plwocinie mała ilość laseczników. Wywiady oraz właściwości sprawy miejscowej mówią o zaostrzeniu dawnego cierpienia. Podkreślić muszę, że w obu przypadkach przebieg rany postrzałowej od samego początku był ciężki, że zapalenie płuca, które wystąpiło zaraz po otrzymaniu rany, było niewątpliwie czynnikiem, sprzyjającym rozwojowi gruźlicy.

Przypadek III, T. D., lat 22, poprzednio zawsze zdrowy. 10. V. 1916 r. zraniony w prawą stronę klatki piersiowej odłamkiem pocisku. W ciągu doby nieprzytomny. Przez dłuższy czas krwioplucie, kaszel, gorączka do 39·5°. Podobno miał zapalenie płuca i opłucnej. Robiono aspirację, płyn mętny. St. pr. 23. XI 1916. Budowa prawidłowa, odżywienie mniej, niż średnie, chory bladawy. Ciepłota waha się od 37° do 37·8°, tętno 90. Nad prawym sutkiem blizna niekształtna, wielkości 2 kop., częściowo przyrośnięta do 4. żebra. W tem miejscu małe zgrubienie żebra. Prawa połowa klatki piersiowej słabiej rozszerza się przy wdechu. Nad prawym szczytem stłumienie najwyraźniejsze między 2. i 3. żebrem. Drżenie głosowe wzmożone. Oddech szorstki chuchający ze sporą ilością rzężeń drobnobańkowych wilgotnych. Pod sutkiem odgłos opukowy lekko stłumiony, oddech osłabiony, świsty. Z tyłu stłumienie mniej wyraźne do grzebienia łopatki, oddech szorstki, mniej rzężeń. Pod łopatką bardzo słabe przytłumienie, osłabienie oddechu i świsty. W lewem płucu nic szczególnego. Kaszel mocny, plwocina obfita, śluzoworopna, kilkakrotnie żyłki krwawe, ani razu nie wykryto laseczników gruźliczych i włókien sprężystych. Chory wypisał się po miesiącu bez żadnej poprawy.

W przypadku tym, mimo ujemnego wyniku badania plwociny, zespół objawów ogólnych i miejscowych przemawiał za rozpoznaniem podostrej gruźlicy prawego szczytu i za pozostałościami po przebytem zapaleniu opłucnej. Atoli badanie radioskopowe, wykonane w instytucie ziemskim, stwierdziło w płucu na wysokości 2. żebra ciało obce, będące zapewne odłamkiem pocisku, wielkości ziarnka fasoli. Widocznie odłamek ten powodował przewlekłe zapalenie szczytu, którego obraz kliniczny łudząco przypominał gruźlicę.

Podług niektórych autorów (Mc Dougall [3]), przewlekłe zapalenie płuca, zależne od obecności ciała obcego, może nastręczać wielkie trudności rozpoznawcze. »Ból, kaszel, krwioplucie, gorączka, wyniszczenie, plwocina ropna, ograniczenie ruchów oddechowych klatki piersiowej oraz wszystkie objawy opukowe i osłuchowe, charakterystyczne dla rozwijającej się gruźlicy, mogą być również następstwem ciała obcego, tkwiącego w górnym płacie płuca«. W piśmiennictwie są przypadki, w których usunięcie odłamka metalowego na drodze chirurgicznej kończyło się zupełnem wyzdrowieniem chorych. Wynik ten byłby zgoła nieprawdopodobny przy zmianach gruźliczych. To też Sergent [4]) w rozpoznawaniu gruźlicy płucnej, powstałej w następstwie ran postrzałowych, radzi zachować jaknajwiększą ostrożność. W jednym przypadku, operowanym przez Tuffiera [5]), nie stwierdzono w szczycie ani śladu domniemanej gruźlicy, natomiast maleńkie ciało obce z objawami podrażnienia tkanki płucnej w najbliższem sąsiedztwie. Stąd wypływa wniosek, że ilekroć w następstwie rany postrzałowej rozwijają się objawy kliniczne, przypominające gruźlicę, jedynie pewnym w rozpoznaniu sprawdzianem będzie wykrycie w plwocinie laseczników gruźliczych. Wielkie usługi oddaje również prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Roentgena. Badanie to łatwo wykaże obecność kuli, jakiegoś ciała metalowego, wyrzuconego przez pocisk lub odłamka kostnego, powstałego wskutek uszkodzenia żeber, obojczyka, łopatki. Ale nawet w razie ujemnych wyników badania rentgenologicznego, nie możemy mieć bezwzględnej pewności, czy nie utkwił przypadkowo w płucu wciągnięty przez kulę jakiś strzęp odzieży, który mógłby także wywołać zmiany zapalne na ograniczonej przestrzeni i objawy rzekomej gruźlicy. Jednakże ciało obce w płucu niezawsze musi mieć szkodliwe następstwa. Podług obliczeń niektórych autorów, ciała obce w następstwie ran postrzałowych klatki piersiowej w 20,2% przypadków nie wywołują żadnych objawów klinicznych (Mc Dougall).

Kończąc opis swoich spostrzeżeń, dochodzę do wniosku, że rany postrzałowe klatki piersiowej nie mogą być uważane za czynnik, uposabiający do rozwoju gruźlicy, ani za jej bezpośrednią przyczynę. Pomimo wielkiego rozpowszechnienia tej choroby w armji rosyjskiej, otwartą gruźlicę stwierdziłem tylko 2 razy, co w stosunku do 40 rannych wynosi 5%. W obydwóch przypadkach rana postrzałowa wywołała tylko zaostrzenie i zapewne pogorszenie starego rozwijającego się powoli cierpienia. Przebieg choroby był jednak niezbyt ciężki i nie przedstawiał żadnych odrębnych właściwości.

Spostrzeżeniom moim zarzucić można, że obejmują przypadki świeże, że odstęp czasu między urazem i obserwacją był względnie krótki i dlatego niektórzy ranni po opuszczeniu szpitala mogli zapadać później na gruźlicę. Że fakty takie zdarzać się mogły, nie ulega żadnej wątpliwości, ale jakiś jeden fakt nie może mieć dla sprawy zasadniczego i rozstrzygającego znaczenia. W przypadku późnej gruźlicy pourazowej orzeczenie nasze opierać się będzie na krytycznem wszechstronnem rozważeniu okoliczności, które zaszły od czasu wypadku i które tak czy owak mogły zaważyć na szali. Z góry przypuszczać można, że jeżeli pierwotny wstrząs nerwowy, naruszenie całości płuca, krwotok do jamy opłucnej, sprawa zapalna w związku z gojeniem się rany, większe lub mniejsze powikłania, wreszcie leżenie w szpitalu w opłakanych nieraz warunkach sanitarnych, jeżeli wszystkie te czynniki nie wywołały gruźlicy w ciągu pierwszych miesięcy, to jeszcze mniej prawdopodobnym staje wpływ urazu po upływie dłuższego czasu, po zupełnem zagojeniu się rany i powrocie chorego do zdrowia. Gdyby istotnie większość rannych zapadała po dłuższym czasie na gruźlicę, wówczas faktycznie moglibyśmy myśleć o związku przyczynowym tych zjawisk, o szkodliwym »tuberkulizującym« wpływie blizn i zrostów, pozostałych po ranie. Ale spostrzeżenia, zebrane dotychczas przez różnych autorów, nie dają żadnej podstawy do takich przypuszczeń. W każdym bądź razie byłaby pożądana dłuższa obserwacja rannych i w tym celu moglibyśmy korzystać z materjału własnego, dostarczonego przez obecną wojnę naszą z Rosją.

Wyniki moich spostrzeżeń godzą się w zasadniczych punktach z badaniami innych autorów, że wymienię Sergenta, Malespinea [6]), Boineta [7]), Mc Dougalla, Tecona [8]). Sergent, jeden z pierwszych, którzy w piśmiennictwie francuskiem zwrócili na tę kwestję uwagę, dowodzi, że gruźlica płuc w następstwie ran postrzałowych klatki piersiowej należy do spostrzeżeń wyjątkowo rzadkich. Jeżeli wyłączymy przypadki, powstałe zapewne wskutek zakażenia zewnętrznego, oraz możliwe pomyłki rozpoznawcze, pozostanie bardzo niewielka ilość przypadków prawdziwej gruźlicy. Ale i w tych razach ustalenie stosunku przyczynowego między nią i urazem natrafia na duże trudności. Podług Sergenta powinniśmy kierować się terminem, jaki upłynął od daty wypadku i stopniem rozwoju pierwszych objawów gruźliczych. Badania Boineta i Tecona stwierdzają słuszność poglądów Sergenta, chociaż pod względem statystycznym nieco się różnią.

Zasługuje na uwagę krótka wzmianka, poświęcona zajmującemu nas tu zagadnieniu w angielskiej pracy Mc Dougalla. Autor ten podaje, że na ogólną liczbę 1783 przypadków starych ran postrzałowych klatki piersiowej (old chest wounds), zebranych z piśmiennictwa, pewne objawy gruźlicy płucnej stwierdzono tylko w 5 przypadkach, co wynosi 0,28%. Na tle stosunków, panujących pod tym względem w armji rosyjskiej, liczba ta wydaje się dziwnie małą. Sądzę, że autor miał na myśli wyłącznie przypadki, z których istotnie można dowieść związku przyczynowego między gruźlicą i raną. W moim materjale przypadku takiego nie było.

Piśmiennictwo

1) A. Sokołowski: Gaz. lek. Nr 28, 1902, str. 692. — 2) Kuthy u. Wolff-Eisner: Die Prognosenstellung b. d. Lungentuber. Berlin 1914, str. 120. — 3) I. Mc Dougall; Lancet vol. II, Nr 22, 1919, str. 971. — 4) M. Sergent: Jour. de méd. et de chir. prat. 25 VII, 1916 i Soc. Méd. d. Hop. Presse med. Nr 75, 1919. — 5) Soc. Méd. d. Hop. Presse med. Nr 75, 1919, str. 758. — 6) E. Malespine: Les sequelles des plaies de guerre du poumon. Lyon 1917. — 7) Boinet: ref. Presse med. Nr 5, 1920, str. 50. — 8) Tecan: Rev. méd. de la Suisse Romande, T. XXXIX, Nr 8 i 9. 1919.

Sposób umożliwiający badanie komory prawej serca.

Podał

Doc. Dr Karol Mayer.

(Według II części wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 13. X. 1920).

Powiększenie stłumienia sercowego na prawo świadczy o rozszerzeniu głównie p r z e d s i o n k a prawego. Z tego faktu wnosimy, że prawa komora się powiększyła. W literaturze i w praktyce przeocza się, że to tylko wniosek, który może być fałszywy; utarło się utożsamianie przedsionka z komorą. W chorobach serca śledzimy niemal na każdym kroku za rozszerzeniem, jest ono bowiem najpospolitszym i najprostszym objawem niedomogi serca zarówno przy wadach zastawkowych, jakoteż przy każdem schorzeniu mięśnia sercowego. Najłatwiej i najczęściej ulega rozszerzeniu komora prawa. Toteż równie często powstają nieporozumienia, pomieszania i trudności w rozpoznawaniu zwłaszcza wczesnych okresów niedomogi, jeżeli z badania przedsionka sądzi się o komorze prawej. Oczywiście przy znacznych rozszerzeniach dopomaga pośrednio rozpoznaniu stwierdzenie zaburzeń w krążeniu ogólnem. Wszelako w rozpoczynających lub przewlekłych, lecz w małym stopniu utrzymujących się osłabieniach serca, w przypadkach wątpliwych i zawiłych, w których objawy ze strony krążenia ogólnego bywają niepewne, w schorzeniach, gdzie bardzo ważne jest rozpoznanie, czy lewa, czy prawa komora uległa rozszerzeniu, dotychczasowem badaniem samego tylko serca dochodzi się często do wyniku całkiem ujemnego, albo przywiązuje się zbyt wielką wagę do zachowania się przedsionka prawego.

Tymczasem istnieją zasadnicze dowody, że rola przedsionka prawego jest bardzo skromna lub nieraz nie ma żadnego znaczenia nawet pomocniczego. Przykładem tego są wyrównane wady zastawki dwudzielnej, w których stwierdzamy często znaczne powiększenie przedsionka prawego, mimo dostatecznej sprawności serca. Jeszcze bardziej się to uwydatnia, kiedy przy wyraźnej niedomodze rozszerzenie na prawo, nie ulegające wątpliwości, utrzymuje się nadal, lubo usuniemy niedomogę. Znaczne rozszerzenie przedsionka trwa zatem w dalszym ciągu, podczas gdy ważniejsza dla krążenia komora prawa spełnia znów swe zadanie należycie[1]). Podobnie zdarza się w schorzeniach mięśnia sercowego. Wiadomo też, że przy wielu chorobach serca przedsionek prawy stanowi dopiero późny przystanek, na którym z kolei przychodzi do wyraźniejszego rozszerzenia. Po wielkości tego przedsionka nie możemy rozpoznać przerostu komory prawej. Pamiętajmy także, iż powiększona komora lewa może przesunąć na prawo prawidłowy przedsionek, a temsamem wywołać złudzenie powiększenia przedsionka i że nawet zwyczajne podniesienie się lub obniżenie przepony z różnych powodów może w błąd wprowadzić. Poprzestając już na tych naszkicowanych faktach, dałem zgoła niedwuznaczny dowód, jak dalece jest się narażonym na fałszywe wnioski, jeżeli się bierze w rachubę wielkość przedsionka prawego, badanego czyto opukiwaniem czy też rentgenologicznie.

Dotychczasowe usiłowania, aby zaradzić dotkliwemu brakowi sposobu bezpośredniego badania komory prawej, nie osiągnęły pożądanego wyniku. Stare, klasyczne objawy, jak wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą płucną, tętnienie w dołku podsercowym i t. d., albo występują dopiero w późnych okresach schorzenia tej komory, albo się zgoła nie zjawiają z wiadomych przyczyn. Komora prawa »in situ« przylega dolną ścianą do przepony, przednią zaś do ściany klatki piersiowej. Lewy brzeg przedniej ściany serca zajmuje część komory lewej, prawy zaś brzeg należy do przedsionka prawego. Słowem cała komora prawa jest niejako obwarowana dokoła tak, że dostęp do niej dla badania jest niemożliwy. Dolna część tej komory, przylegająca do przepony, tworzyłaby w obrazie rentgenologicznym dolny brzeg cienia sercowego; niestety tutaj cień przepony, a raczej silniejszy cień wątroby, zlewa się jednostajnie z cieniem serca. A właśnie ta dolna część ma pierwszorzędne znaczenie w patologji komory prawej. Weźmy pod rozwagę jej powiększenie. Przepona stanowi podstawę podatną, komora powiększając się, wypukla przedewszystkiem dolną ścianę, powiększona treść komory na mocy prawa ciężkości obciąża spód komory w postawie stojącej ciała. Że serce podlega zmianom pod wpływem prawa ciężkości, udowodniono doświadczalnie (Moritz, Determann, Kienböck, Goldscheider i in.). Począwszy od nieznacznych zmian jeszcze w prawidłowych warunkach (przy pobudzonej czynności serca, w okresie pokwitania, w którym się często spostrzega w dołku podsercowym tętnienie komory prawej), a skończywszy na ciężkich schorzeniach pierwotnych lub wtórnych komory prawej, wszystkie te sprawy uwydatniają się na jej dolnej części. Zanadto odstąpiłbym od właściwego tematu, gdybym obszerniej omówił rolę tego odcinka komorowego, mającego znaczenie i czysto naukowe i praktyczne.

Powyższe uwagi zmierzają do przygotowania, z jakiemi pytaniami przystąpić do badania rentgenologicznego komory prawej zapomocą sposobu poniżej podanego. Ponieważ zasady, na jakich ten sposób polega, o ile szczegółowo są wzięte pod rozwagę, mogą znaleźć zastosowanie także w innych kierunkach, przeto pozwolę sobie elementarnie je przedstawić.

W obrazie rentgenologicznym narząd pewien tworzy wyróżniający się cień, jeżeli pochłania znacznie więcej promieni, niż jego otoczenie. Boczne brzegi cienia sercowego uwydatniają się wyraźnie, ponieważ serce absorbuje znacznie więcej promieni, niż otaczająca, powietrzna tkanka płucna. Dolny zaś brzeg jest niewidzialny, przylega bowiem bezpośrednio do przepony i wątroby, te zaś pochłaniają niemal tęsamą ilość promieni, co serce. Chcąc zatem uwidocznić brzeg serca od strony przepony, należy się postarać, aby jeden z tych narządów pochłaniał w tem miejscu znacznie więcej promieni, niż drugi. Wydaje się to paradoksem, póki nie wnikniemy głębiej w prawa, według których promienie ulegają pochłanianiu. Mianowicie w związkach organicznych, wchodzących w skład ustroju ludzkiego, główną rolę pod względem absorbcji promieni odgrywa nie ciężar atomowy, lecz i l o ś ć atomów, przez które promienie przechodzą. Węgiel, tlen, wodór i azot, stanowiące skład chemiczny serca, posiadają mały ciężar atomowy, pochłaniają tylko nieznaczną ilość promieni. Serce jednak tworzy wyraźny obraz, wyróżniający się wybitnie od jasnego tła płucnego, lubo ciężar atomowy składników chemicznych zarówno serca jakoteż płuc jest tensam. Atoli mięsień sercowy zawiera o wiele w i ę c e j a t o m ó w, niż powietrzna tkanka płucna. Im większa ilość atomów znajduje się na drodze, przez którą przechodzą promienie, tem więcej promieni miękkich ulega absorbcji, tem mniej ich dochodzi do ekranu lub kliszy i tem wybitniejszy cień sumy atomów pochłaniających. Oczywiście tyczy się to mieszaniny promieni miękkich i twardych, bo bania rentgenowska nie dostarcza promieni o tejsamej przenikliwości. Dla uwidocznienia zatem dolnego brzegu cienia sercowego trzeba odpowiedni snop promieni skierować przez jeszcze większy, niż dotychczas, przekrój serca w kierunku dolnej ściany komory prawej. Nadto z powyższego rozważania wynika, że promienie te muszą równocześnie przechodzić przez mniejszy lub przynajmniej nie większy, niż dotychczas, przekrój wątroby. Osiągniemy wówczas ciemniejszy cień prześwietlonej części serca na tle jaśniejszego cienia przepony i wątroby.

Zadanie to rozwiązałem praktycznie w sposób, naszkicowany na rycinie 1. Lampę rentgenowską nastawiam skośnie pod kątem ostrym względem pionowej osi ciała tak, że promień główny biegnie z wysokości czwartego kręgu piersiowego przez serce na dół w kierunku wyrostka mieczykowatego. Podobnie przechodzą promienie, jeżeli badany przechyli się wstecz ku lampie, ustawionej zwyczajnie (nie skośnie). Drugi ten sposób umożliwia badanie także wówczas, jeżeli się nie posiada odpowiedniego stojaka (n. p. Beclèra), w którymby skrzynka z lampą dała się ustawić skośnie względem osi pionowej ciała. Jeden rzut oka na serce »in situ« lub w atlasie anatomicznym przekona, że powyżej określony kierunek promieni przechodzi przez większy, niż dotychczas, przekrój serca. Równocześnie promienie w pobliżu serca przechodzą przez mniejszy przekrój wątroby przy silnym wdechu. Oczywiście należy też zastosować zwykłe sposoby techniczne, jakich się powszechnie używa dla spotęgowania wyrazistości obrazu, a więc przedewszystkiem dostatecznie miękką lampę i ile możności wąską szczelinę prostokątną przepony ołowianej, aby uwidocznić tylko dolną część serca i sąsiedni skrawek wątroby. Przeszkadzający cień kręgosłupa odsunąć na bok przez nieznaczny obrót badanego na lewo. Przygotowawszy w ten sposób badanie, polecam badanemu wykonać silniejszy wdech i zatrzymać go. Podczas tego wdechu widać dobrze dolny brzeg cienia prawej komory. Jeżeli w tym czasie zmieniamy trochę kąt nachylenia lampy rentgenowskiej względem osi pionowej ciała, to możemy dobrać taki kąt, przy którym cień serca nawet odłącza się od cienia przepony i wątroby po stronie lewej i pomiędzy oboma cieniami powstaje smuga jasna. Ponieważ worek osierdny jest zrośnięty ze środkiem ście-

---

[1]) Vid. Minkowski, Ungewöhnlich starke Dilatation der Vorhöfe. Münch. m. Woch. 1904 Nr 4. Romberg, Lehrbuch d. Krankheiten des Herzens. 1909, str. 77.

gnistym przepony, przeto przy silnym wdechu przepona, obniżając się, ciągnie na dół elastyczną blaszkę zewnętrzną osierdzia więcej, niż całe serce, w następstwie czego tworzy się między sercem a przeponą szczelina, zasłonięta tylko cienkiem osierdziem. Z pochylonej lampy przedostają się rozbieżne promienie do tej szczeliny bez znaczniejszego osłabienia. Prawa połowa przepony jest mniej ruchoma, niż lewa, prawy przedsionek jest unieruchomiony przez żyłę główną dolną, dlatego ta szczelina jasna po stronie prawej pod przedsionkiem nie jest widoczna. Badanie to jest proste, szybkie i łatwiejsze, aniżeli się może z opisu wydaje. Po kilku próbach nabiera się dostatecznej wprawy. Przez porównanie ze zwykłem dotychczasowem badaniem można się przekonać, o ile ciemniejszym staje się cień sercowy, przyczem najłatwiej różnica uwydatnia się przy użyciu pochylania badanego wstecz.



Fig 1.

Spostrzeżenia moje przy badaniu w ten sposób prawej komory zgadzają się na ogół z uwagami, podanemi powyżej. Najważniejszem jest to, że już we wczesnych okresach chorób serca można śledzić zachowanie się prawej komory, silniejsze wypuklanie się jej dolnej ściany, wzmożenie, osłabienie i regularność jej ruchów, poprawę jej czynności i wielkości pod wpływem leczenia i t. d. Tu nasuwa się cały szereg tematów teoretycznych i praktycznych do opracowania, n. p. zachowanie się komory prawej przy ogniskach chorobowych, usadowionych w jej ścianie, przy wysięku osierdnym, przy ucisku ze strony jamy brzusznej i t. d. Rozpowszechnione obecnie badanie rentgenologiczne zapewne rychło rozwiąże te interesujące zagadnienia.

O wartości leczniczej sklerotomii krzyżowej Wicherkiewicza w przypadkach jaskry przewlekłej

podał

Dr Kazimierz Karelus, asystent klin. okul. U. J.

(Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie pod dyrekcją prof. Dr Kazimierza Majewskiego).

Dzięki genjalnemu odkryciu Albrechta Graefego posiadamy w irydektomji dobrzeżnej przy współdziałaniu alkaloidów zwężających źrenicę (pilokarpina, ezeryna) potężny środek leczniczy w przypadkach jaskry zapalnej. Środki zwężające źrenicę, które tylko hamują postępy jaskry zapalnej, przygotowują teren dla łatwiejszego i pewniejszego wykonania irydektomji. Stwierdzić możemy, iż w ogromnej większości przypadków jaskry zapalnej irydektomja dobrzeżna sprowadza stałe wyleczenie i zachowanie poprawionej bystrości wzroku jak i pola widzenia.

Mniej szczęśliwi jesteśmy w przypadkach jaskry prostej, która przedstawia daleko trudniejsze i mniej wdzięczne pole do leczenia. Tesame środki zwężające źrenicę, a temsamem obniżające ciśnienie wśródgałkowe, zawodzą, choroba dalej powoli a nieubłaganie postępuje. Co do irydektomji zaś istnieje przekonanie, które większa część operatorów podziela, że może ona nawet przyspieszyć postępy choroby, wywołać przedwczesny zanik wzroku, przyczynić się do powstania ubytków w środkowem polu widzenia (Bjerrum-Rönne). Heerfordt stwierdza po irydektomji przemianę jaskry prostej na jaskrę złośliwą w 17% przypadków. Temi trudnościami tłumaczylibyśmy tę stosunkowo dużą liczbę różnych metod operacyjnych zalecanych w przypadkach jaskry prostej. Usiłowania wszystkich operatorów zmierzały do tego, by wynaleźć sposób operacyjny, zapomocą którego możnaby przynajmniej (nie mówiąc już o znaczniejszej poprawie wzroku) wstrzymać postępy choroby, zapewnić choremu chociażby resztki bystrości wzrokowej i pola widzenia do końca życia i uchylić niebezpieczeństwo mogącej się każdej chwili dołączyć jaskry zapalnej.

W tym celu podawano kolejno cały szereg najróżniejszych zabiegów operacyjnych mających zastąpić irydektomję, której już nikt prawie w jaskrze prostej nie wykonuje. I tak Heine podał cyklodjalizę, mającą stwarzać swobodne połączenie między przednią komorą a przestrzenią nadnaczyniówkową, de Wecker i Quaglino podali sklerotomię przednią i tylną, która ma stworzyć bliznę przesączającą. Coccius i Holtz podali metodę wyciągnięcia kawałka tęczówki i wgłobienia jej w ranę spojówkową (t. zw. iridencleisis antiglaucomatosa). Lagrange podał swą irydosklerektomię. Elliot trepanuje na swój sposób twardówkę w zakresie przedniej komory. Zorab zalecił drenowanie przedniej komory. Abadie nie cofał się nawet przed wycięciem górnego szyjnego zwoju współczulnego, w tej samej myśli polecano wyłuszczenie zwoju rzęskowego. Badal naciągał i wyrywał nerw podbloczkowy. I wiele innych metod operacyjnych możnaby jeszcze wyliczyć, jak myotomia intraocularis, iridotasis, sclerotomia anterior et posterior Gałęzowskiego, sclerotomia posterior Szymańskiego i t. d. Już sama ta pokaźna liczba metod operacyjnych, podawanych dla przypadków jaskry prostej, dowodzi, że żadna z nich nie jest bezwzględnie dobra i nie daje dość pewnych wyników.

Te niezbyt zachęcające doświadczenia kliniczne nad leczeniem jaskry prostej skłoniły w r. 1908 Wicherkiewicza do podania nowego zabiegu operacyjnego: »sclerotomia cruciata posterior« Trudno wyrobić sobie zdanie i sąd o jakimś zabiegu lub metodzie tylko na podstawie samych teoretycznych rozważań. Statystyka powinna zawsze potwierdzić słuszność założenia. Wprawdzie Wicherkiewicz przedstawiał wyniki tej metody operacyjnej na licznych zjazdach okulistów, lecz zawsze oparte na dość szczupłej liczbie przypadków, a przedewszystkiem nie było mu danem żyć dość długo, aby mógł śledzić przez okres czasu wystarczający późniejsze losy operowanych przez siebie oczu. Po objęciu kliniki okulistycznej U. J. po śmierci Wicherkiewicza przez prof. Majewskiego stosowano dalej metodę krzyżowej sklerotomji w przypadkach jaskry prostej tak, że dziś po mniej więcej 10 latach rozporządzamy dość pokaźną liczbą dokładnie obserwowanych przypadków. Ten materjał (150 przypadków) możemy już zużyć do przedmiotowej oceny wartości sklerotomji krzyżowej Wicherkiewicza w przypadkach jaskry prostej.

Technika operacji jest następująca:

Miejsce do sklerotomji Wicherkiewicza wybiera się pomiędzy ścięgnami mięśni prostych na twardówce poza okolicą ciałka rzęskowego n. p. między m. prostym górnym a bocznym. Są zatem 4 miejsca do wyboru: górą od skroni i dołem od skroni, górą od nosa i dołem od nosa. Po znieczuleniu miejscowem kokainą i po założeniu rozwórki, asystent chwyta spojówkę tuż przy rogówce szczypczykami ustalającemi i ściąga silnie gałkę oczną ukośnie tak, aby operatorowi uprzystępnić pole operacyjne. Operator przecina spojówkę gałki w kierunku południkowym na długość 1 cm i tkankę podspojówkową aż po samą twardówkę, którą na pewnej przestrzeni obnaża, asystent rozwiera hakiem tenotomijnym ranę spojówkową, a operator prowadzi w twardówce 4 do 5 cięć w kierunku południkowym w odstępach 2 mm i tyleż cięć poprzecznych t. j. równoleżnikowych w takichże samych odstępach. Cięcia te powinny dochodzić do $^3/_4$ grubości twardówki i tworzyć rodzaj kratki. Nakoniec jedno z cięć, zazwyczaj środkowe cięcie południkowe, pogłębia się aż po samą jagodówkę i końcem noża rozwiera się jego brzegi. Powinna się pojawić w ranie a przynajmniej przeświecać jagodówka. Wreszcie spaja się ranę spojówkową trzema szwami katgutowemi i zakłada opatrunek, który zmienia się trzy razy dnia, wkraplając do oka pilokarpinę. Aby nie dopuścić do ścisłego zrostu brzegów cięć twardówkowych, bo zależy przedewszystkiem na wytworzeniu się blizny przesączającej, rozpoczyna się zaraz miesienie gałki ocznej przez lekki rytmicznie wykonywany ucisk na powieki. Leczenie trwa 5 do 6 dni, poczem wypuszcza się chorego do domu z pilokarpiną i siarkanem cynku (1%) przeciw zapalnemu odczynowi spojówek, wywołanemu zadrażnieniem przez szwy katgutowe.

Przez cięcia krzyżowe twardówki wywołuje się lepszy rozstęp brzegów ran, przecina się bowiem włókna tkanki łącznej, które biegną równoleżnikowo i południkowo, a w ten sposób ułatwia się powstanie przesączającej blizny na dość szerokiej przestrzeni twardówki, która to blizna zmniejsza względnie znosi zastój cieczy w tylnym odcinku gałki. Jeszcze jedną dodatkową korzyść zauważamy po cięciach krzyżowych, a mianowicie: źrenica, nie zwężająca się pod działaniem pilokarpiny, teraz sama zwęża się czasem nawet ad maximum. Pochodzić to może z uszkodzenia na dość dużej przestrzeni gałązek nerwów rzęskowych, które mają wpływ na ciśnienie wśródoczne. Odrazu zaznaczę, iż ani razu nie spostrzegano powikłań

w postaci zakażenia, garbiaka lub krwotoków wśródgałkowych, tak, iż możemy stwierdzić całkowite bezpieczeństwo tego zabiegu.

Zabieg ten, skierowany z początku przeciw jaskrze prostej, zwrócono później przeciw wszelkim rodzajom jaskry — tak, że dziś możemy przedstawić 150 przypadków dokładnie klinicznie spostrzeganych różnych postaci jaskry, operowanych sposobem Wicherkiewicza. Najdłuższy przeciąg spostrzegania klinicznego wynosił 5 lat; jestto stosunkowo bardzo dużo, bo jaskra, występująca przeważnie w późnym wieku, nie zawsze pozwala na dłuższą obserwację.

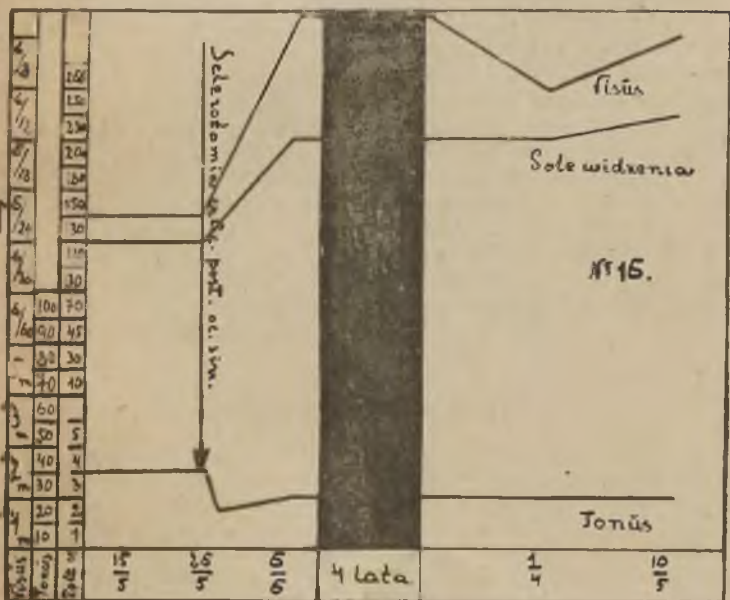
Przy zestawianiu przypadków kreśliłem krzywe (djagramy) bystrości wzrokowej, napięcia śródgałkowego mierzonego tonometrem Schiötza i pola widzenia. Wielkość pola widzenia wyrażam liczbą kwadracików 4-milimetrowych (= 16 mm²) na schematach używanych do perymetru Förstera. Ponieważ dla chorego mały zysk lub utrata ze środkowego pola widzenia przedstawia o wiele większą wagę, aniżeli zysk lub wielka utrata w obwodowych częściach pola, dołączyłem jeszcze jeden djagram środkowego pola widzenia, przyjąwszy za jego średnią wielkość 5 kwadracików 4-milimetrowych. Prawidłowe pole widzenia całkowite, mierzone perymetrem Förstera, przedstawia liczbę 266 kwadracików 4 mm. Przykłady djagramów kreślonych przezemnie dla każdego ze spostrzeganych przypadków przedstawiają tablice Nr 1. i 2.

wstrzymał postępy choroby (t. j. obniżanie się bystrości wzrokowej, jakoteż zmniejszanie się pola widzenia). Do trzeciej grupy wliczymy przypadki, w których mimo zabiegu sprawa postępuje dalej. Osobną rubrykę stworzyłem dla tych przypadków jaskry, gdzie przed zabiegiem i po zabiegu operacyjnym bystrość wzroku równała się zeru (= 0), a to, by odpowiednio uzupełnić późniejsze procentowe zestawienie przypadków. Co do rodzaju przypadków zaznaczę, iż operowano tą metodą jaskrę prostą (a), zapalną przewlekłą (b), następową (c), wodoocze wrodzone i nabyte (d).

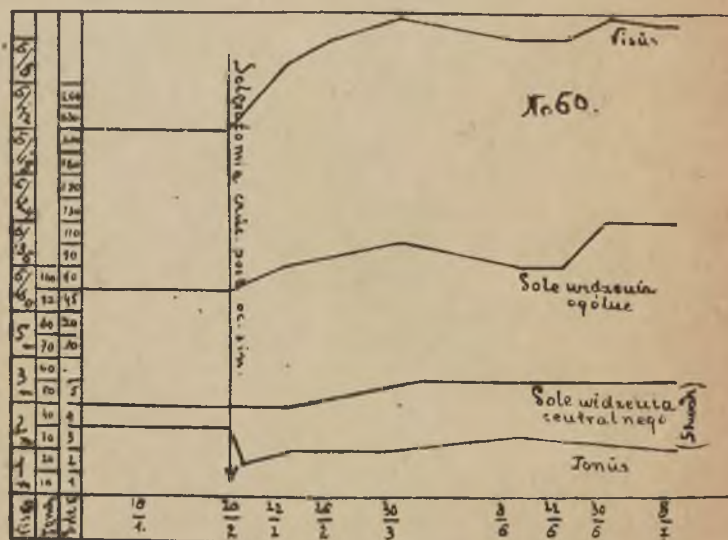
Ze 150 przypadków, operowanych metodą Wicherkiewicza:

a) Na 69 przypadków jaskry prostej zaliczyć możemy do pierwszej grupy (t. j. trwałej poprawy bystrości wzroku i pola widzenia) 60 przypadków, do drugiej grupy (wstrzymanie postępu choroby) 7 przypadków, a do trzeciej grupy (choroba dalej postępuje) 2 przypadki.
b) 6 przypadków jaskry zapalnej przewlekłej operowanych metodą Wicherkiewicza po wyczerpaniu już innych zabiegów, należy całkowicie do grupy pierwszej.
c) 4 przypadki jaskry następowej należy do grupy pierwszej.
d) Na 16 przypadków wodoocza wrodzonego i nabytego 2 przypadki należą do grupy pierwszej, a 14 do grupy drugiej.

Ogólnie licząc, na 95 przypadków, do pierwszej grupy (poprawy wzroku i pola widzenia) należy 72 przypadki, do dru-



Tablica 1.



Tablica 2.

Przechodzimy teraz do szczegółów statystycznych. Wyniki po sklerotomji Wicherkiewicza ująć możemy w 3 grupy: Do **pierwszej grupy** należą przypadki, w których po sklerotomji nastąpiła trwała poprawa bystrości wzrokowej i pola widzenia. Do **drugiej grupy** należą te przypadki, w których zabieg

giej grupy (wstrzymanie postępu choroby) 21 przypadków, a do trzeciej grupy (choroba dalej postępuje) 2 przypadki.

e) Osobno stojąca grupa przypadków jaskry, gdzie przed i po zabiegu bystrość wzroku równała się zeru (= 0), w liczbie 55, dopełnia ilość przypadków do 150.

Procentowo wypada:

a) Przy jaskrze prostej: w pierwszej grupie 87%, w drugiej 10%, w trzeciej grupie 3% przypadków.

b) Przy jaskrze zapalnej przewlekłej: w pierwszej grupie 100% przypadków.

c) Przy jaskrze następowej: w pierwszej grupie 100% przypadków.

Ogółem przy jaskrze: w pierwszej grupie 88·7%, w drugiej 8·8%, a w trzeciej 2·5% przypadków.

d) Przy wodooczu wrodzonem i nabytem: w pierwszej grupie 12·5%, w drugiej grupie 87·5% przypadków.

Razem (a+b+c+d): w pierwszej grupie 75·8%, w drugiej 22·1%, w trzeciej grupie 2·1% przypadków.

Po odpowiedniej poprawce przez wliczenie przypadków pod e), gdzie przed zabiegiem i po zabiegu bystrość wzroku równała się zeru (= 0) (36·7%), otrzymamy: w pierwszej grupie 48%, w drugiej 14%, a w trzeciej 1·3%. Rozstrzygająca dla nas jest tylko liczba procentu przy właściwej jaskrze (a+b+c), i to w przypadkach z zachowaną jeszcze resztką wzroku. Poprawa wzroku i pola widzenia nastąpiła w tej kategorji przypadków w 88·7%, wstrzymanie postępu choroby w 8·8%, zabieg bez skutku w 2·5% przypadków. Przypadków pod c), gdzie bystrość wzroku = 0, nie należy operować, gdyż z góry już co do wyniku łudzić się nie powinniśmy. W przypadkach zaś wodoocza wrodzonego i nabytego lepsze wyniki, niż po sklerotomji, otrzymujemy przez irydektomję.

Zechciejmy z tą statystyką porównać statystykę innych zabiegów, wykonywanych w przypadkach jaskry prostej, a szala przechyli się stanowczo na korzyść sklerotomji Wicherkiewicza, zabiegu najzupełniej bezpiecznego i niezwykle prostego. Römer, dodawszy liczby ogłaszane przez różnych autorów, określa utrzymanie wzroku (nie mówi o poprawie) przy jaskrze prostej po różnych zabiegach operacyjnych liczbą 33·7%, a pogorszenie operowanych przypadków oblicza na 66·3%. W przeciwstawieniu do tych smutnych cyfr, po sklerotomji Wicherkiewicza w przypadkach jaskry przewlekłej a przedewszystkiem prostej, stwierdzamy na podstawie obserwacji klinicznej poprawę wzroku i pola widzenia w 88·7%, wstrzymanie sprawy chorobowej w 8·8%, a brak wszelkiego skutku zaledwie tylko w 2·5% przypadków.

Wyniki wyżej przedstawione stwierdzają ponad wszelką wątpliwość bardzo korzystny wpływ sklerotomji krzyżowej na przebieg jaskry przewlekłej, zwłaszcza jaskry prostej. Jeśli się zważy, że zabieg ten jest najzupełniej bezpieczny, bo ani razu w spostrzeganych przypadkach nie doprowadził do powikłań, to jest rzeczą zupełnie usprawiedliwioną, aby go wykonywać wcześnie, nietylko tam, gdzie objawy jaskry przewlekłej lub prostej są już wyraźne, ale nawet tam, gdzie zachodzi podejrzenie i uzasadniona obawa, że jaskra prosta się rozwinie, n. p. u chorych, którzy już na jednem oku jaskrę taką przechodzą. W przypadkach zaś nielicznych, gdzie pomimo wykonanej sklerotomji Wicherkiewicza choroba jednak czyni dalsze postępy, nic nie stoi na przeszkodzie, by zabieg ten co pewien czas powtarzać. Przedstawienie wartości i wyników takiego postępowania podamy po przeprowadzeniu dalszych badań w tym kierunku.

Piśmiennictwo. 1) Wicherkiewicz: Postęp okul Rocz. X 1908. — 2) Stransky: Anomalien d. Skleralspannung. — 3) Fenże: Ueber d. Gittersklerotomie v. Wicherkiewicz (Ophthalm Sec. d, 85 Vers. d Naturforsch in Wien — 4) Zorab Artur. Ophthalmoskopie 1913. — 5) Priestey Smith: The Opht. Rev. 1913. — 6) Brooksbank James: Trans. of the Opht. Soc. of the Un Kingdom 1912. — 7) Percy C. Bardsley: Ophthalmoskope 1913.— 8) Gilbert: Vers. d. opht Ges. Heidelberg 1912. — 9. Lagrange: Arch. d'Opht. XXXII. — 10) Schaudigel: Vers d. ophth. Ges Heidelberg 1912.— 11) Knies: Arch. f. Opht. XXIII 1877. — 12) Koeppe: Vers. d. Ges. f. Opht. Heidelberg 1916. — 13) Ruben: Berl. kl. Woch. 1913.

Do prenumeratorów.

Czasopisma lekarskie polskie przechodzą krytyczną chwilę z powodu powszechnie znanych trudności wydawniczych i ciągłego drożenia druku i papieru. Aby przetrwać przesilenie, przekształciły się wszystkie trzy tygodniki lekarskie polskie na miesięczniki i zawarły między sobą i z Towarzystwami lekarskiemi układ, na którego zasadzie każdy członek tych Towarzystw otrzymuje wszystkie trzy pisma, a prenumeratorowie, nie będący członkami Towarzystw lekarskich, mogą prenumerować tylko wszystkie trzy pisma razem. Redakcje zaś porozumiały się ze sobą co do treści wydawnictw tak, aby one uzupełniały się wzajemnie. W ten sposób spodziewają się czasopisma lekarskie polskie wypełnić swoje zadanie jaknajlepiej można w dzisiejszych trudnych warunkach i zmniejszyć niebezpieczeństwo, jakiem piśmiennictwu lekarskiemu polskiemu, a przez to i postępowi medycyny polskiej, zagraża ścieśnienie wydawnictw.

Przetrwać przesilenie zdołamy jednak tylko wtedy, jeżeli ogół lekarzy, uznając wagę sprawy, wszelkiemi siłami poprze czasopisma lekarskie i nie cofnie się nawet przed pewną ofiarą, byle byt tych czasopism ocalić.

Wobec ciągłych skoków cen druku i papieru niepodobna ściśle obliczyć kosztów wydawnictwa na dłuższy okres naprzód. Jednakże rachunek, oparty o prawdopodobieństwo, pozwala przypuszczać, że przy zachowaniu teraźniejszej objętości czasopism powinnaby wystarczyć przedpłata roczna na wszystkie trzy czasopisma w ciągu r. 1921 w kwocie 480 marek p.

Zastrzegamy sobie ewentualną dopłatę, jeśli taka dopłata w ciągu roku okaże się niezbędną.

Administracja »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące.

Z Polskiej Akademji lekarskiej. Naczelnik Państwa zatwierdził wybór prof. Dr St. Bądzyńskiego na prezesa Akademji lekarskiej w Warszawie. Sekretarzem generalnym jest prof. Dr Dzierzgowski. I. Walne Zgromadzenie Akademji odbędzie się w Warszawie 28. XII. b. r.

Z Wydziałów lekarskich. Na tworzącym się Wydziale lekarskim w Poznaniu został dziekanem prof. Dr Wrzosek, dotąd szef sekcji w Ministerstwie oświecenia; profesorką nadzwyczajną histologji Dr Helena Gajewska, docentka Wydziału filozoficznego Uniwersytetu Jagiell., profesorem nadzw. i dyrektorem kliniki chorób wewnętrznych Dr Wincenty Jezierski, ordynator oddziału chorób wewn. w szpitalu miejskim w Poznaniu, profesorem zwyczajnym i dyrektorem kliniki chirurgicznej Dr Antoni Jurasz, profesor chirurgji we Frankfurcie n. M.

Projekt ustawy o Izbach lekarskich przyjął Sejm w drugiem czytaniu z fatalną »poprawką« posła Weinzichera, aby wszyscy uprawnieni w Polsce do praktyki lekarskiej mogli po-

KONKURS

na posadę lekarza (lub lekarki) miejskiego i okręgowego w porozumieniu z Wydziałem powiatowym rozpisuje miasto Kołaczyce.

Do tej posady przyczynia się miasto mieszkaniem składającem się z 5 pokoi z przynależnościami oraz płacą według umowy.

Bliższych informacyj udzieli Urząd miejski lub Apteka z grzeczności. Termin do 1. grudnia 1920 r.

Urząd miejski.

258 Burmistrz:

Zemulski.

RADA SZKOLNA KRAJOWA. Lwów, dnia 4. grudnia 1920.

L. 22930/IV.

KONKURS.

Rada szkolna krajowa ogłasza niniejszem konkurs na 18 posad lekarzy szkolnych, względnie lekarek szkolnych w państwowych szkołach średnich ogólnokształcących, seminarjach nauczycielskich, szkołach zawodowych i szkołach powszechnych w Małopolsce.

A mianowicie po jednej posadzie w Drohobyczu, Jarosławiu, Kołomyji, Nowym Sączu, Przemyślu, Samborze, Stanisławowie, Stryju, Tarnowie, Tarnopolu i Rzeszowie, 3 posady w Krakowie a 4 posady we Lwowie.

Do posad tych przywiązane są pobory urzędników państwowych IX kategorji płac, uregulowane ustawą z dnia 13. lipca 1920 Dz. u. Rz. P. Nr 65 poz. 429.

Posady nadane będą na przeciąg jednego roku prowizorycznie poczem nastąpi ewentualnie stabilizacja.

Instrukcja określająca obowiązki lekarza szkolnego, zatwierdzona przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i ogłoszona w Dzienniku Urzędowym tegoż Ministerstwa, z dnia 30 października 1918, Nr 6 poz. 26, jest do przejrzenia w godzinach urzędowych w Departamencie IV. Rady szkolnej krajowej we Lwowie (Biuro 11. II. piętro).

Od kandydatów(tek) wymaga się:

1) Obywatelstwa polskiego,

2) Doktoratu wszech nauk lekarskich, uprawniającego do wykonywania praktyki lekarskiej,

3) Przynajmniej dwuletniej praktyki zawodowej po ukończeniu studjów.

Pierwszeństwo będą mieli (miały) kandydaci(tki), którzy(e) wykażą się, że pracowali(ły) w higjeniczno-lekarskim dozorze szkolnym, względnie odbyli(ły) specjalne kursa dla lekarzy szkolnych. Do podania należy dołączyć opis przebiegu życia, określający dotychczasowe zatrudnienie kandydata(tki) oraz oświadczenie, w której z wyżej wymienionych miejscowości kandydat(tka) pragnie zająć posadę i że jest obznajomiony(a) z obowiązującą instrukcją dla lekarzy szkolnych. Podania należy wnosić w terminie do dnia 31. grudnia b. r. do Rady szkolnej Krajowej we Lwowie (Departament IV) ul. Karmelicka 4. 259

Delegat Ministerstwa Wyznań Religijnych
i Oświecenia Publicznego:

Sobiński, w. r.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

sługiwać się tytułem doktorskim. Sejm widocznie przeoczył, że prawo nadawania tytułów doktorskich mają w całym świecie wyłącznie uniwersytety. Może w trzeciem czytaniu poprawi Sejm ten dziwoląg ustawodawczy.

Z Towarzystw lekarskich. Nagrodę im. Piramowicza, ofiarowaną przez Dr St. Kopczyńskiego, przyznał sąd konkursowy Tow. lekarskiego warszawskiego Dr Ludwikowi Jaksie-Bykowskiemu ze Lwowa, za pracę p. t.: »Zasady pedagogiki doświadczalnej ze szczególnem uwzględnieniem szkoły polskiej«, a wyróżnił pracę Dr T. Jaroszyńskiego p. t.: »Metody badań psychologicznych w szkole«. — Wydział lekarski Tow. Przyjaciół nauk w Poznaniu rozpoczął jesienne posiedzenia 8. X. 1920. Sekretarzem Wydziału jest obecnie Dr Jagielski. — Z prowincjonalnych oddziałów Tow. polskich lekarzy b. Galicji wznowił posiedzenia Oddział Jarosławski d. 12. XI. 1920 wykładami Dr Spatza (Encephalitis epidemica) i Dr Händla (Grypa).

Komitet redakcyjny »Lekarza wojskowego« składają obecnie: Z. Dmochowski, Eiger, Karwacki, Radliński, St. Rudzki, Składkowski, Z. Sowiński, Szymanowski, Zembrzuski i E. Żebrowski.

Komitet lekarski francusko-polski w Krakowie podaje do wiadomości kolegów, pragnących prenumerować czasopisma francuskie po zniżonych cenach, że firma Masson & Co będzie w r. 1921 obliczać 1 frank = 5 marek polskich. Do przedpłaty dodać należy 10°/₀ na pokrycie kosztów administracyjnych. Zgłoszenia przyjmuje najdalej do końca grudnia 1920 sekretarz komitetu doc. Dr Gieszczykiewicz, Kraków, ul. Czysta 16.

Nagrodę lekarską Nobla za r. 1919 otrzymał Prof. J. Bordet, dyrektor zakładu Pasteura w Brukseli, a za r. 1920 fizyolog prof. Krogh w Kopenhadze.

Kursa dla lekarzy i urzędników sanitarno-obyczajowych odbywać się będą we Lwowie od 10. I. 1921 przez dwa tygodnie. Uczestnicy kursów lekarze otrzymają djety dzienne po 150 Mkp. i zwrot kosztów podróży II klasą. Zgłoszenia należy wnosić przez starostwa do Okręgowego Urzędu zdrowia we Lwowie (Namiestnictwo).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.